

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 3 Mai 1899, à 1 heure

PAR

André WEILL

Né à Nancy le 2 mai 1873.

Licencié ès-sciences naturelles

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DE LA

PYÉLONÉPHRITE

DANS SES RAPPORTS

AVEC LA GROSSESSE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. HAYEM, professeur.

LANCEREAUX et LEPAGE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

318

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 3 Mai 1899, à 1 heure

PAR

André WEILL

Né à Nancy le 2 mai 1873.

Licencié ès-sciences naturelles

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique,

DE LA

PYÉLONÉPHRITE

DANS SES RAPPORTS

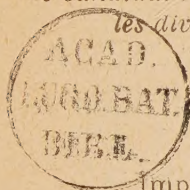
AVEC LA GROSSESSE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. HAYEM, professeur.

LANCEREAUX et LEPAGE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale	}	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
Maladies de enfants		GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale	}	DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement	}	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LÉPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A mon Président de Thèse :
MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

L'étude de la pyélo-néphrite dans ses rapports avec la grossesse est une œuvre relativement récente. En effet, c'est en 1892, qu'au Congrès de Chirurgie, le Dr Reblaub présenta cinq observations relatives à cette affection, et, que le premier il en fit une entité morbide spéciale reconnaissant comme cause prédisposante la plus fréquente, la compression des uretères par l'utérus gravide.

Certes, ce dernier point était signalé depuis longtemps. Cruveilhier avait fréquemment observé, à l'autopsie de femmes mortes de suites de couches, que les uretères étaient dilatés. Les allemands dressèrent des statistiques intéressantes sur ce point, mais ils en déduisirent des conclusions tout autres que celles de Reblaub. C'est ainsi que Olshausen et Löhlein faisaient de la compression des uretères par l'utérus gravide, la cause de l'albuminurie dans la grossesse ; tandis qu'Halbertsma en faisait celle de l'éclampsie.

Dès 1893, les idées de Reblaub étaient confirmées par M. le D^r Vinay, de Lyon, dans deux observations publiées dans le Bulletin Médical, et, par le D^r Bonneau, dans sa thèse inaugurale « De la Compression des urètères par l'utérus gravide et des pyonéphroses consécutives ». Puis en 1895, paraissait dans l'Obstétrique, une intéressante observation du D^r Bué ; en 1897, le D^r Navas soutenait sa thèse devant la Faculté de Lyon, sur les Pyélo-néphritiques gravidiques.

C'est en novembre 1898, alors que nous étions attaché en qualité d'externe à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, qu'en examinant une malade atteinte de pyélo-néphrite et d'uretéríte au cours de sa grossesse, nous décidâmes, sur les conseils de notre maître M. le D^r Demelin, de reprendre et de compléter, si possible, les travaux entrepris par nos devanciers. Nous avons réussi à réunir, sur cette affection relativement rare, une vingtaine d'observations dont une personnelle et plusieurs inédites dues à l'obligeance de MM. les D^{rs} Albarran, Bazy, Gouiloud, Lepage et Vinay, que nous sommes heureux de pouvoir remercier ici bien vivement pour l'empressement qu'ils ont mis à nous fournir nombre de renseignements intéressants. Trois de ces observations, par le début précoce des accidents nous ont amené à émettre des conclusions non très différentes de celles de Reblaub et de Vinay, mais d'un caractère

un peu moins exclusif au point de vue pathogénique.

Nous avons divisé notre sujet en cinq chapitres : Le premier traite de l'étiologie et de la pathogénie ; dans le second nous faisons l'anatomie et la physiologie pathologiques ; nous consacrons le troisième à l'étude clinique de l'affection, le quatrième au pronostic et au diagnostic, et enfin le cinquième au traitement.

Avant d'exposer ce travail, il nous reste un devoir bien doux celui de remercier nos maîtres dans les hôpitaux.

Que MM. les D^{rs} Gougenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière et Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, chez qui nous avons débuté comme stagiaire, reçoivent l'assurance de notre entier dévouement pour la haute bienveillance qu'ils nous ont témoignée.

Nous compterons comme une de nos meilleures années, celle écoulée, en qualité d'externe auprès de M. le docteur Dreyfus-Brissac, médecin de l'hôpital Lariboisière. Nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner notre bien vive reconnaissance pour le profit que nous avons tiré de son enseignement clinique si remarquable.

Nous avons été ensuite l'externe de MM. les docteurs Périer, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, Rochard, chirurgien des hôpitaux, Josias, médecin de l'hôpital Trousseau. Nous leur adressons nos bien

sincères remerciements pour les excellents conseils et la bienveillance que nous avons rencontrés auprès d'eux.

Nos sept derniers mois d'externat se sont passés à la Maternité de l'hôpital Sain-Louis. Nous avons bien regretté que des raisons de santé aient forcé M. le docteur Auvard à interrompre son service et nous aient privé de son précieux enseignement. Que MM. les docteurs Demelin et Bouffe de Saint-Blaise, accoucheurs des hôpitaux, soient assurés de notre profonde reconnaissance pour les conseils éclairés et l'extrême bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Enfin, qu'il nous soit permis d'apporter à M. le professeur Pinard le témoignage de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



ETIOLOGIE. -- PATHOGÉNIE

La pyelo-néphrite, au cours de la grossesse, comme toutes les pyelo-néphrites en général, reconnaît comme cause déterminante, l'invasion du rein par des micro-organismes. Ceux-ci peuvent arriver par trois voies différentes : 1° par la voie des conduits excréteurs de l'urine, voie ascendante ; 2° par les capillaires sanguins, voie descendante ou hémotogène ; 3° par les lymphatiques.

Mais il ne suffit pas que des microbes pénètrent dans le rein pour y déterminer des lésions, il faut que des causes prédisposantes interviennent, mettant celui-ci en état de moindre résistance.

1° *Infection par voie ascendante.* — Celle-ci, peut se faire de deux façons (1) : 1° par la propagation de proche en proche d'une infection vésicale, par les parois urétérales ; 2° par l'ascension des microbes, dans l'uretère, en sens inverse du courant urinaire.

(1) Albarran. — Maladies des reins et de l'uretère. Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet (T. VIII) en préparation.

Le premier de ces modes admissible théoriquement, n'a pas été démontré anatomiquement.

Quant à l'ascension microbienne elle rencontre deux obstacles : la fermeture normale des orifices urétéraux et le courant descendant de l'urine.

Le premier de ces obstacles peut être vaincu, lorsque des altérations pathologiques (néoplasme, ulcérations tuberculeuses) modifient les conditions normales d'aboutissement des uretères dans la vessie, ou bien lorsque, comme dans les cystites, la sensibilité vésicale à la distension étant trop grande, la pression intra-vésicale est suffisante pour faire refluer l'urine de la vessie dans l'uretère.

Ce dernier fait, a été démontré par Zemblinoff (1) qui constata en outre que le reflux de l'urine vers le rein était dû à des contractions simultanées de la vessie et de l'uretère.

Quant au courant descendant de l'urine il est fortement diminué sinon annihilé, lorsqu'il y a rétention d'urine, et dans ce cas, ainsi que Klebs l'a admis et que Guyon et Albarran l'ont démontré expérimentalement (2), les bactéries peuvent facilement le remonter, aidées qu'elles sont de leurs mouvements propres.

Telles sont les conditions qui favorisent l'ascen-

(1) Zemblinoff, thèse de Saint-Petersbourg, 1883 (in revue de Hayem, 1884, p. 589).

(2) Guyon et Albarran, — Arch. de méd. expér. 1891.

sion microbienne ; mais pour que les lésions rénales se produisent il faut des causes adjuvantes. Parmi celles-ci, la plus importante est la rétention incomplète d'urine dans l'uretère et le bassinet, laquelle produit des modifications anatomiques et fonctionnelles importantes dans le rein. (Les autres causes seront exposées plus loin à propos de l'infection par voie sanguine).

Cette infection ascendante paraît être peu fréquente : elle devra pourtant être admise lorsque, chez une femme enceinte qui a eu des urines normales jusqu'alors, un cathétérisme malpropre a déterminé une cystite, et, qu'une pyélo-néphrite ne tarde pas à apparaître. Elle sera également possible, lorsque la pyélonéphrite est consécutive à l'ouverture anormale (urétrale, vaginale) de l'uretère, ou dans les cas de fistule urétero-vaginale.

Pourtant, il ne faudra jamais se hâter de conclure que l'infection est ascendante, lorsqu'il y aura cystite, car la vessie peut s'infecter par les microbes venus du rein (Rovsing).

Dans la majorité des cas la pyélo-néphrite reconnaît pour cause l'infection par voie sanguine. C'est celle-ci que nous allons maintenant étudier.

2° *Infection par voie sanguine.* — Dès 1891, Terrier et Baudouin (1) traitant de l'hydronéphrose

(1) Terrier et Baudouin. — De l'hydronéphrose intermittente. Rev. de Chirurgie, 1891.

intermittente, admettaient la transformation de l'hydronéphrose en pyonéphrose par l'intermédiaire de la circulation sanguine, à la suite d'une infection générale de l'organisme. Bientôt cette hypothèse fut confirmée par des faits expérimentaux et cliniques.

C'est ainsi que Reblaud et Bonneau (1) firent les expériences suivantes : ils pratiquèrent la ligature aseptique de l'urètre chez quatre lapins. Quelques heures après, ils injectèrent dans une veine de l'oreille, une culture de streptocoques chez deux de ces animaux, et une culture de coli-bacilles chez les deux autres. Dans tous les cas, l'hydronéphrose s'infecta et à l'autopsie ces auteurs trouvèrent, dans les bassinets, du pus, dont l'examen révéla la présence de microbes analogues à ceux injectés.

En même temps Reblaud présentait au congrès de chirurgie de 1892, quatre observations de pyélonéphrite gravidique où les urines des malades contenaient du coli-bacille en culture pure.

Depuis les observations se sont multipliées, et, dans la majorité des cas, l'agent pathogène était le coli-bacille.

D'où vient celui-ci ? Le plus souvent, il semble venir de l'intestin. En effet, Heubner a constaté que la simple constipation chronique peut déterminer la pénétration du coli-bacille dans le sang et son élimi-

(1) Bonneau ; Thèse de Paris, 1893.

nation par les reins ; Baginsky et Inckelstein ont montré que chez les nourrissons et chez les enfants, la constipation ou la diarrhée sont causes fréquentes d'infection rénale. D'autre part plusieurs de nos observations semblent bien le démontrer : Telle l'obs. XI où la maladie débute par des phénomènes gastro-intestinaux graves attribués à de la grippe ; puis deux jours après, localisation sur l'appareil urinaire. L'obs. XX, nous montre une femme dont le début des accidents est marqué par des phénomènes gastro-intestinaux assez intenses ; lors des poussées fébriles, un purgatif était administré, la fièvre tombait chaque fois après. L'obs. IX nous apprend que la maladie, au début, faisait penser à une dothiènementthérie en raison de phénomènes gastro-intestinaux graves. Dans l'obs. III, le D^r Goulliaud, lors du 1^{er} examen de la malade, songe également à la dothiènementthérie. Enfin M. le D^r Lepage nous signale, dans l'obs. IV, que des accidents gastro-intestinaux ont marqué le début de la maladie.

Mais les microbes pyogènes peuvent traverser les reins sans y déterminer de lésions anatomiques, ainsi que l'ont prouvé Biedel et Kraus (1), Littmann (2) etc. ; c'est de même ainsi que

(1) Biedel et Kraus. Arch. für experim. pathol., 5 déc. 1895.

(2) Littmann. Deutsches Archiv. für klin. med., 1894, p. 322.

s'expliquent les exemples de *bactériurie* signalés par Roberts (1) et Rowsing (2). D'autres fois, au contraire, ces mêmes micro-organismes provoquent des lésions importantes.

Cette action variable tient soit à la virulence plus ou moins exaltée, à la quantité plus ou moins grande des bactéries, soit à l'état de résistance du milieu rénal. Nous sommes ainsi amenés à parler des causes adjuvantes de l'infection rénale par voie descendante.

Parmi celles-ci la plus fréquente est la rétention rénale complète ou, plus souvent, incomplète. Cette rétention est due le plus souvent à la *compression des uretères* par l'utérus gravide. Cela s'explique fort bien lorsqu'on étudie les rapports de ces organes entre eux. Ricard (3) a montré que dans le petit bassin, à l'état normal, les uretères sont situés à 1 cm. $1/2$ des bords utérins et 2 cent. $1/2$ de la ceinture osseuse. Pendant la grossesse, ces rapports sont modifiés, l'utérus sort de l'excavation et se développe dans la cavité abdominale, ses bords se rapprochent des uretères et les refoulent jusqu'à la ceinture osseuse sur laquelle ils les compriment. En même temps les ure-

(1) Roberts. British med. Journ., vol. II, 1881, p. 623.

(2) Rowsing. Ann. des mal. des org. génit. urin. 1897, p. 910.

(3) Ricard. Sem. médicale, 1887.

tères sont tirillés et leur calibre tend à s'aplatir comme celui de tubes en caoutchouc qu'on chercherait à allonger (Halbertsma).

Cette compression des uretères peut encore être facilitée par la distension exagérée de l'utérus (hydramnios, grossesse gémellaire), par un rétrécissement du bassin, par des lésions de périmérite ancienne, etc.

Le plus souvent, il n'y a qu'un seul uretère comprimé et ordinairement le droit, ainsi que le montrent les statistiques de Löhlein et d'Olshausen et les observations cliniques de ce mémoire.

Cette prédominance à droite a été attribuée à différentes causes : 1° la situation plus fréquente de la tête fœtale en OIGA ou en OIDP, d'où compression de l'uretère entre la tête, d'une part, et l'artère et la paroi osseuse d'autre part ; 2° le rapport plus intime de l'uretère droit avec les vaisseaux iliaques (Stadtfeld) ; 3° le développement prédominant à droite de l'utérus gravide ; 4° le mouvement de rotation à droite, de cet organe, autour d'un axe vertical, mouvement qui amène le bord gauche en avant et exerce ainsi une influence plus grande sur les organes de droite que sur ceux de gauche.

Cette compression ne se produit le plus souvent pas avant le 5° ou 6° mois ; Halbertsma et Olshausen vont même jusqu'à dire qu'elle n'aurait lieu que plus tard, au moment où la tête fœtale commence à s'en-

gager au détroit supérieur (d'où début plus précoce chez les primipares).

La force de l'obstacle n'a pas besoin d'être considérable. C'est ainsi qu'Halbertsma, expérimentant sur un chien, a vu qu'un poids de 5 gr. comprimant l'uretère sur un trajet de 8 millim. suffit pour mettre obstacle à l'écoulement d'une colonne de 400 gr. d'urine. La pression de l'urine est toujours très basse et ne dépasse pas 10 millim. de mercure (1).

Quelle sera la conséquence de cette compression uretérale ? Le courant urinaire descendant sera amoindri, puis annihilé. La stase s'établira de l'orifice uretéro-vésical jusque dans les calices et le bassinet. L'irrigation continue protectrice des uretères aura cessé ; il y aura constitution d'un milieu mort où pourront évoluer à leur aise les micro-organismes. D'autre part, l'infection sera facilitée, ainsi que nous le verrons en étudiant l'anatomie pathologique, par des phénomènes dynamiques de congestion du côté du rein et des uretères (hémorrhagies, desquamation épithéliale de l'épithélium des voies urinaires).

Mais tout en admettant que la rétention par compression uretérale est une des causes les plus fréquentes de la pyélo-néphrite au cours de la grossesse, il nous semble devoir faire quelques restric-

(1) Halbertsma. — Sammlung Klinische Vorträge, 1882.

tions. Dans trois de nos observations, en effet, nous voyons les accidents présenter un début très précoce (4 mois dans Obs. I et IV, 2 mois 1/2 dans Obs. III).

Il est difficile d'admettre, surtout dans ce dernier cas, que la maladie est due à la compression causée par l'utérus gravide. Il faut donc admettre d'autres causes prédisposantes et tout d'abord nous citerons la *congestion des organes génito-urinaires* pendant la grossesse. Cette congestion est commune à la grossesse et au post-partum, mais elle est insuffisante dans la majorité des cas pour expliquer la pyélite, car alors celle-ci siégerait à droite comme à gauche.

Toutes les causes, pouvant mettre l'organisme en état d'infériorité, favorisent également l'infection du rein. Telles sont le *surmenage* (Obs. III), les *écarts de régime*, le *refroidissement* (Obs. III, XV), ou une *maladie intercurrente* (pneumonie, grippe, fièvre typhoïde, etc.).

Outre la compression de l'uretère, la localisation à droite peut être due à la vulnérabilité plus grande des voies urinaires de ce côté; c'est ainsi qu'on trouve plus fréquemment à droite des reins mobiles (Obs. II) ou tuberculeux.

Enfin, le *traumatisme* doit, dans certains cas, être mis en cause, mais il est plutôt spécial au post-partum. C'est ainsi qu'après un accouchement laborieux, les bassinets peuvent s'enflammer par suite de

lésions ou d'inflammation de la vessie, d'inflammation de l'utérus ou de tissu cellulaire extra-péritonéal (Rayer). Chamberlain croit qu'au moment de l'accouchement, il peut se produire une obstruction des uretères au niveau de leur orifice vésical, par boursofflement des tuniques musculaire et muqueuse de la vessie enflammée, ou par compression exercée sur le trajet de ces conduits, soit par cellulite, soit par lymphangite diffuse.

3° *Infection par la voie lymphatique.* — En 1892, M. le D^r Albarran (1) a démontré que des micro-organismes injectés dans l'atmosphère péri-rénale peuvent pénétrer dans le rein à travers sa capsule propre, en suivant la voie lymphatique. En clinique, ces faits n'ont été qu'imparfaitement démontrés et, comme ils sont exceptionnels, nous ne nous y arrêtons pas.

Voyons maintenant quels sont les principaux microbes que l'on rencontre dans l'affection qui nous occupe. C'est le coli-bacille qu'on y trouve le plus fréquemment. Ce rôle prépondérant du coli-bacille avait été démontré dans la pyélo-néphrite en général, par Albarran et Hallé dès 1888. En 1889, Albarran montre en outre le rôle joué dans l'infection rénale des urinaires par un bacille liquéfiant (*proteus*), par le streptocoque et les staphylocoques pyogènes. Dans la pyélo-néphrite qui se déclare au cours de la gros-

(1) Albarran, Soc. de biolog., 1892.

sesse c'est le plus souvent, le coli-bacille à l'état de pureté, que l'on trouve à l'examen microscopique, du dépôt urinaire. C'est ainsi que dans huit de nos observations, où cet examen a été fait, sept fois on trouve le coli-bacille en culture pure. Une seule fois, (obs. VII), M. le D^r Vinay, a trouvé du streptocoque. Ce qui confirme une fois de plus, les conclusions de la thèse d'Albarran (1) et ce qui est, au contraire, un argument de plus, contre les idées de Rovsing (2), qui considère le coli-bacille comme un microbe à peine pathogène pour le rein et attribue le rôle prépondérant dans l'infection urinaire aux micro-organismes ammoniogènes.

Nous terminerons ce court aperçu en disant que le gonocoque aurait été signalé dans des pyelonéphrites consécutives à une blennorrhagie par M. le D^r Lop, de Marseille (3).

(1) Albarran, thèse de Paris, 1889.

(2) Rovsing, ann. des malad. des terg. génit. urin, février, mars, 1898.

(3) Lop, congrès de gyn., d'obst, et de Péd. de Marseille, Bull. Méd., n° 89, 6 novembre 1898.



ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Nous étudierons successivement les lésions que peuvent présenter les reins, les bassinets et les uretères.

1° *Lésions rénales.* — En général, un seul rein est atteint. Au début, lorsqu'il y a rétention, il est augmenté de volume, plus dur et plus pâle que celui-ci qui est sain. Celui-ci est plus rouge, plus vascularisé. Puis, si la rétention se prolonge, le rein prend une forme globuleuse; sa surface est lisse, vaguement lobé; la capsule s'enlève facilement; à la coupe, on remarque une atrophie portant surtout sur les pyramides. Ces lésions macroscopiques, ont été obtenues expérimentalement par Straus et Germont (1). Mais les altérations histologiques diffèrent un peu de celles décrites par ces auteurs et se rapprochent de celles observées par Charcot et Gombault (2). Aux lésions

(1) Straus et Germont, ligat. asept. de l'uretère chez le cobaye, arch. de phys., 1882.

(2) Charcot et Gombault, ligat. non aseptique de l'uretère chez le cobaye. Leç., sur les cirrhoses expérim., 1878.

purement mécaniques signalés par Straus et Germont, viennent en effet s'ajouter des lésions inflammatoires plus ou moins marquées.

En 1880, Mayor (1), à l'examen microscopique des reins de deux femmes albuminuriques, trouve des lésions de distension très marquées avec peu ou point de lésions inflammatoires : les reins sont pâles, anémiés, de volume à peu près normal ; les tubes contournés fortement dilatés contiennent des cylindres colloïdes, leur épithélium est aplati ; le tissu conjonctif est peu atteint, en certains points on trouve quelques éléments embryonnaires avec œdème diffus.

Artaud (2) étudiant la néphrite déterminée par la compression des uretères au cours du cancer de l'utérus, distingue deux périodes bien distinctes :

1° Dans la première (correspondant à la *phase de dilatation* des conduits urinifères décrite par Straus et Germont (3) le rein est volumineux ; sa trame conjonctive est infiltrée de noyaux qui s'accumulent sur les glomérules, autour de la capsule de Bowmann et de la tunique externe des vaisseaux, dans les interstices des tubes urinifères ; les glomérules sont hypertrophiés ; les tubes contournés distendus, leur épithélium altéré, tandis que les tubes collecteurs parais-

(1) Mayor, thèse de Paris, 1880, lésions des reins, chez les femmes en couches.

(2) Artaud. — Revue de médecine 1883.

(3) Straus et Germont. — Loc. cit.

sent peu atteints quant à l'épithélium et peu dilatés quant au calibre.

2° Dans une deuxième période (phase d'atrophie de Straus et Germont) le rein est affaissé par suite de la transformation fibreuse du tissu conjonctif; tous ses éléments sont atrophiés; les tubes collecteurs, dont le calibre est très diminué, sont tapissés par un épithélium embryonnaire; les glomérules sont, les uns kystiques, les autres fibreux; l'épithélium spécifique des tubes contournés ne s'est pas réparé.

Cornil et Brault (1) décrivent des lésions analogues; de même Albarran (2). Celui-ci décrit trois variétés: 1° Une forme suraiguë, caractérisée par une congestion rénale intense avec parfois des ecchymoses, des hémorrhagies et des lésions épithéliales peu marquées.

2° Une forme aiguë pouvant présenter trois variétés: l'une à prédominance hémorrhagique analogue à la précédente; l'autre à prédominance des lésions épithéliales, lesquelles sont surtout marquées au niveau des tubes contournés; les glomérules montrent une prolifération de l'endothélium capsulaire, le tissu conjonctif est sain. Enfin une variété à prédominance de diapédèse, sous forme de foyers dis-

(1) Cornil et Brault. — Etude sur la pathologie du rein 1884.

(2) Albarran. — Thèse de Paris 1889, néphrite par voie descendante.

séminés dans le parenchyme rénal et plus particulièrement autour des glomérules.

3° Une forme prolongée, où l'on voit des foyers de suppuration se développer autour d'embolies microbiennes et où les microorganismes sortent des vaisseaux, se répandent entre les tubes ou pénètrent dans leur intérieur.

Rarement, la pyelonéphrite gravidique se transforme en pyonéphrose. On a alors une tumeur de volume plus ou moins considérable, pouvant atteindre les dimensions d'une tête d'adulte (Obs. XIX). Sa forme est généralement globuleuse ; sa surface est bosselée. A la coupe, on constate une atrophie variable de la substance rénale ; les substances corticale et médullaire ne peuvent être distinguées l'une de l'autre à l'œil nu. L'intérieur de la poche est formée de cavités séparées par des cloisons, correspondant aux calices dilatés, et qui communiquent entre elles par une cavité centrale représentant le bassinnet. Le contenu est un liquide purulent, mélangé ou non d'urine, et ne présentant que peu ou pas d'urée. Ceci nous amène à parler des modifications de la sécrétion urinaire au cours de la rétention rénale (1).

D'après les recherches de Guyon et d'Albarran (2)

(1) Le rein sain subit fréquemment une hypertrophie compensatrice ; il peut même être atteint de pyélo-néphrite secondairement lorsqu'il y a pyonéphrose prononcée.

(2) Guyon et Albarran. — Assoc. franç. d'urol 1897.

il y a lieu de distinguer la rétention complète de celle incomplète. Dans le premier cas, la quantité d'urine secrétée est moindre dès le début, et cette urine contient déjà moins d'urée. Si la rétention se prolonge le rein peut voir ses fonctions annihilées ; il les reprend plus ou moins parfaitement lorsque l'obstacle est levé.

Dans le cas de rétention incomplète, le rein malade sécrète autant sinon plus d'urine que le rein sain. La quantité d'urée représente le plus souvent le $\frac{1}{3}$ ou le $\frac{1}{4}$ de l'urée totale. Les phosphates suivent des oscillations analogues à celles de l'urée.

Les chlorures, s'éliminent mieux que l'urée. La potasse s'élimine moins bien par le rein malade (3 à 4 fois moins) que par le rein sain.

2° *Lésions du bassin.* — Le plus souvent ce réservoir est peu dilaté, pourtant il peut présenter une distension extrême ; tel le cas d'Olshausen où le rein était réduit à une seule pyramide. Lorsque sa distension est notable, le bassin a la forme d'une pyramide bosselée irrégulièrement ; parfois, il est seul atteint, indépendamment de toute modification du calibre du conduit excréteur de l'urine (Olshausen).

Les calices sont plus ou moins dilatés, les papilles émoussées et excavées.

La muqueuse présente parfois des arborisations

vasculaires, des ecchymoses et une desquamation épithéliale en général peu prononcée.

3° *Lésions urétérales.* — Cruveilhier avait déjà remarqué la dilatation fréquente des uretères des femmes mortes par suite d'accouchement ou dans les derniers temps de la grossesse: Stadtfeld, sur 16 femmes enceintes mortes d'affections non mentionnées trouve 9 fois la compression des uretères; celle-ci est le plus souvent unilatérale et droite. Olshausen, dans 34 examens d'uretères en trouve 25 dilatés. Löhlein constate 8 fois la dilatation de ces conduits chez 32 éclamptiques.

Cette dilatation présente des degrés variables. Le plus souvent elle ne dépasse pas le calibre d'une plume à écrire; elle atteint parfois le volume de l'intestin grêle, peut-être quadruple de la normale (1 cas de Barnes, dans une rétroversion de l'utérus gravide). Sa circonférence peut aller jusqu'à 10 centimètres.

Rarement la dilatation de l'uretère est bilatérale; en tous cas, elle est inégalement marquée des deux côtés et prédomine le plus souvent à droite (statistiques de Stadtfeld et d'Olshausen). D'après Vinay (1), de Lyon, quand elle existe à gauche, elle serait consécutive à l'accouchement.

L'uretère peut être distendu uniformément dans

(1) Vinay. — Bul. méd. 1893.

toute sa longueur ou être moniliforme ; en tous cas, la dilatation siège en général au dessus du détroit supérieur, fait qui plaide une fois de plus en faveur de la compression à ce niveau.

Exceptionnellement, on observe des *coudures* ou des *torsions* déterminant dans la lumière urétérale des plis valvulaires ; ou pouvant même provoquer des poches kystiques plus ou moins volumineuses ; il y a alors pyonephrose plus ou moins volumineuse ; l'uretère plus long qu'à l'état normal subit des déplacements latéraux, secondaires, suivant Albarran (1) à la formation de la poche pyonéphrotique. Rarement, aussi, l'uretère présente des *rétrécissements* multiples, ou non, dus à un épaissement de ses parois ou à une périutérinite intense. Lorsqu'ils existent, ils siègent, ainsi que les condures, surtout en haut, près du bassin.

Les parois urétérales présentent rarement des lésions intenses. Elles peuvent, quoique d'épaisseur normale, paraître amincies. Elles sont parfois plus épaisses en certains points, tomenteuses ; souvent un peu congestionnées, surtout à l'entrée du bassin.

Les effets de la distension sur les parois de l'uretère ont été bien étudiés par Guyon et Albarran (2). Ces auteurs ont noté que dans les ligatures complè-

(1) Albarran. — Traité de Chirurgie Delbet et Le Dentu loc. cit.

(2) Guyon et Albarran. loc. cit.

tes de l'uretère, la pression intra urétérale s'élève en quelques heures jusqu'à 70 millim. de mercure, grâce à l'accumulation du liquide et à l'accroissement de contractilité de l'uretère. Puis cette pression s'abaisse par la perte de la contractilité urétérale et la résorption du liquide. Toute contraction spontanée de l'uretère cessé au bout de 24 heures. La contractilité faradique persiste plus longtemps et disparaît vers la 36^me heure.

Si la rétention n'est pas de trop longue durée et qu'on supprime l'obstacle, l'uretère se vide et la contractilité revient, mais la contraction est limitée au point d'application du courant. Au bout de plusieurs jours la contractilité disparaît complètement.

Ces faits trouvent leur confirmation dans le non-rétablissement fréquent du cours normal de l'urine, après l'accouchement, alors que la compression urétérale n'existe plus. Halbertsma expliquait par là l'éclampsie survenant après l'expulsion du fœtus. Marfan également a montré (1) cette rétention urinaire post-partum.

(1) Marfan. — Société anatomique 1884.



SYMPTOMATOLOGIE, MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

Nous avons vu en étudiant la pathogénie, que la pyélo-néphrite, dans la grossesse, débute rarement, mais non exceptionnellement, avant le 5^e ou le 6^e mois de la grossesse. C'est ainsi que dans l'obs. III l'affection se manifeste lors d'une grossesse de 2 mois $1/2$; dans les obs. I et IV c'est au cours du 4^e mois. Dans nos autres observations la malade est toujours à la deuxième moitié de sa grossesse.

Tantôt le début peut passer inaperçu, l'affection se développe insidieusement ; tantôt il est brusque, à grands fracas. Tantôt ce sont les phénomènes locaux qui dominent la scène ; tantôt ce sont les phénomènes généraux.

Dans le premier cas on aura une malade qui se plaindra de mictions fréquentes, parfois douloureuses, et d'une douleur spontanée peu intense dans le flanc droit ; parfois les signes de cystite sont seuls en cause ou peuvent masquer les autres symptômes (obs. X, XII).

Dans d'autres cas au contraire, à la suite de surmenage, de refroidissement, de troubles gastro-intestinaux plus ou moins intenses, se manifestent brusquement les symptômes d'une maladie infectieuse : frissons, fièvre intense, douleur excessivement vive dans la région lombaire, urines rares, purulentes.

Quel que soit le mode de début, la maladie, en tous cas, s'accuse par un certain nombre de symptômes que nous allons décrire.

Voyons d'abord les *signes fonctionnels* :

La douleur peut être *spontanée* ou *provoquée*. La douleur provoquée ne manque jamais, signe important et servant souvent à faire le diagnostic.

La douleur spontanée peut manquer. Tantôt c'est une simple sensation de gêne, de pesanteur dans le flanc et l'hypochondre. Tantôt elle est extrêmement vive (et lorsqu'elle siège à droite, l'endolorissement de ce côté tranche nettement avec l'intégrité de la région rénale gauche) avec irradiations le long de l'uretère vers la vessie, l'aîne est même le long du membre inférieur tout entier. Remarquons de suite l'indolence de la région hypogastrique, fait intéressant comme nous le verrons lorsque nous discuterons le diagnostic avec la cystite.

Parfois la douleur est continue, parfois elle est intermittente. Dans ce dernier cas elle peut simuler la douleur de la colique néphrétique ainsi que l'a si-

gnalé Ries (1), lequel a vu également les phénomènes douloureux augmenter ou diminuer suivant que le malade se couchait ou non du côté droit.

On a émis, dans ce cas, l'hypothèse que la douleur est due aux contractions des parois urétérales, qui, au moins au début de la compression, sont plus énergiques et luttent contre l'obstacle. Si celui-ci disparaît momentanément, la douleur prend une forme intermittente. Si au contraire la compression est définitive, la douleur peut disparaître, les parois musculaires de l'uretère étant paralysées, ainsi que l'ont démontré Guyon et Albarran (2).

En tous cas, si la douleur spontanée a complètement disparu, on peut la réveiller par une pression énergique et profonde de la région rénale correspondante.

Les *mictions* peuvent être normales. Parfois elles sont plus fréquentes, sans qu'il y ait véritablement du ténésme. Ordinairement elles sont peu pénibles. Parfois, indolores au début, elles s'accompagnent, vers la fin, d'une sensation de cuisson dans le canal. Dans ce cas, on peut croire à une cystite, mais si l'on examine de près la vessie on voit qu'elle n'est sensible ni à la pression, ni au cathétérisme, ni à la distension.

Les modifications que subissent les urines peuvent porter : a) sur la quantité ; b) sur la qualité :

(1) Ries. Thèse de Strasbourg, 1892.

(2) Guyon et Albarran. Loc. cit.

a) *Modifications quantitatives des urines :*

Parfois cette quantité est très minime ; il peut y avoir de faux besoins d'uriner qui s'expliquent par des phénomènes réflexes provenant de la tension des voies urinaires supérieures. Il peut même y avoir anurie ; ce fait très rare peut se produire dans deux cas : 1° soit dans les derniers jours de la grossesse presque au moment du travail, par compression (1) des deux uretères par la tête fœtale (Bonneau).

2° Soit par réflexe réno-rénal (Terrier et Baudouin) la sécrétion s'arrêtant temporairement dans le rein sain par excitation réflexe de ses vaso-constricteurs (2).

Le plus souvent il y a diminution relativement peu considérable, en raison de l'activité fonctionnelle plus grande du rein sain (Straus et Germont). De plus la sécrétion du rein malade passe encore en partie dans la vessie (3).

Parfois il y a polyurie, pollakyurie. La polyurie peut s'expliquer par ce fait que la pression artérielle est augmentée dans le rein alors que la pression intra-uretérale est diminuée (Guy), d'où filtration plus abondante (4).

Enfin, la quantité peut varier considérablement

(1) Bonneau. — Thèse de Paris, 1893.

(2) Terrier et Baudouin. — Rev. de Chir. 1894.

(3) Straus et Germont. — *Loc. cit.*

(4) Guy. — Thèse de Paris 1897.

d'un jour à l'autre, suivant que la compression augmente ou diminue (Felsenreich).

b) *Modifications qualitatives des urines* :

L'*Albuminurie* est un signe très important. Elle peut être continue ou intermittente, augmenter ou diminuer d'un jour à l'autre. Elle peut même disparaître complètement pour ne plus reparaitre du tout ou ne le faire qu'au bout d'un certain temps.

Ces variations dans la quantité d'albumine seraient en relation avec celles qui se produisent dans la compression des uretères à la suite de déplacements utérins.

Cette albuminurie a donc une marche irrégulière ; elle disparaît en général peu de temps après l'accouchement, à moins que des lésions inflammatoires très marquées ne viennent compliquer les lésions de distension présentées par l'appareil urinaire. Dans ce dernier cas, elle peut persister assez longtemps.

Sa quantité peut varier depuis des traces jusqu'à deux, trois grammes, rarement plus. Ultzmann (1) avec juste raison, fait remarquer que toujours l'urine renferme plus d'albumine que ne l'indique la proportion de pus qui y est contenu. Cela s'explique, en effet, quand on considère que la pyélite, grâce à l'affection simultanée des papilles du rein, représente toujours une affection de ce viscère. Si l'urine, dans

(1) Ultzmann. — Progr. méd. 1884, page 86.

la cystite, contient du pus, dans la pyélite elle renferme, en outre, de l'albumine, mais sa quantité dépasse celle du dépôt purulent.

Le poids spécifique des urines est en général élevé; leur coloration, souvent très foncée. Leur réaction acide, est souvent faible.

On trouve ordinairement une petite quantité de substances dissoutes (l'analyse que nous donnons dans l'Obs. IX représente assez bien le type de celles faites en pareil cas). L'urée y est en très faible quantité (fréquemment le $\frac{1}{3}$, le $\frac{1}{4}$ et même le $\frac{1}{5}$ de la normale).

L'acide urique, les phosphates sont également diminués en proportions plus ou moins notables. La diminution de chlorures et de sulfates est moins marquée.

En général, très troubles, les urines laissent déposer un sédiment très épais, nettement purulent, dans lequel on peut trouver, outre de nombreux leucocytes et une plus ou moins grande quantité de globules rouges, de nombreux cristaux d'indican et d'oxalate de chaux, des cellules épithéliales dégénérées, des cylindres hyalins et de nombreux microorganismes dont les plus fréquents sont le coli-bacille (7 observations) et le streptocoque (1 observation).

La *pyurie* apparaît rarement au début de l'affection, elle n'est même souvent manifeste et reconnue que tardivement et coïncide parfois avec la chute de

la température (Obs. III, VII, IX). Elle peut être intermittente. Elle persiste, dans certains cas, assez longtemps, même lorsque l'obstacle est levé et que l'accouchement a eu lieu, elle diminue alors moins rapidement que l'albuminurie. La cause de cette intermittence et de cette persistance est la même que celle que nous avons signalée plus haut pour l'albuminurie.

Voyons maintenant les *signes physiques* que l'on peut observer du côté du rein et de l'uretère :

A) *Rein*. — A l'*inspection*, on peut trouver une augmentation de volume de la région postéro-latérale de l'abdomen, au-dessous du rebord des fausses côtes. Ce signe est d'ailleurs insuffisant pour faire un diagnostic ferme.

La *palpation* est un mode d'exploration préférable, mais elle est souvent rendue difficile à la fin de la grossesse en raison du développement de l'utérus. Jusqu'au 7^e mois, on pourra rechercher le *ballotement rénal*, d'après la méthode de Guyon : la malade est placée dans le décubitus dorsal, la tête élevée, les jambes fléchies, les cuisses écartées ; on lui recommande de respirer amplement, la bouche ouverte. L'opérateur place une main au niveau de la région lombaire, il essaye ainsi de soulever le rein pour le faire apprécier par l'autre main qui déprime fortement la paroi abdominale. Cette dernière, surtout à partir du 7^e mois, devra être appliquée non pas à plat

sur l'abdomen, mais tendra à se glisser sous l'utérus, manœuvre souvent difficile.

Cette palpation, caractère important, est *toujours douloureuse*. Par ce moyen d'investigation, on pourra sentir une tumeur arrondie, rénitente, tendue, plutôt allongée verticalement, à surface lisse ou mamelonnée et irrégulière. Son volume est très variable. Parfois on ne note aucune tuméfaction, principalement dans les formes aiguës, lorsque l'examen est pratiqué peu après le début des accidents. Le ballottement rénal est quelquefois perçu.

La *percussion* révèle parfois la présence en avant d'une tumeur siégeant dans le flanc et d'une zone de sonorité représentée par un cordon (Navas). C'est un très bon signe, lorsqu'il existe, mais il est inconstant et doit être réservé en raison du changement qui peut se faire dans les rapports des organes par suite du développement pris par l'utérus (1).

La *cystoscopie* pourra nous montrer que les parois vésicales sont indemnes lorsque le diagnostic avec la cystite se posera. Nous reparlerons de ce mode d'examen plus loin ainsi que du *cathétérisme urétéral*, dont la pratique devient de plus en plus fréquente, grâce aux belles recherches de M. le D^r Albarran (2), et qui vient révéler quel est le rein malade, dans les cas

(1) Navas. Thèse de Lyon, 1897.

(2) Albarran. Rev. de Gyn. et de Chir. abd., n° 3, mai-juin 1897. Assoc. franç. d'urol. 1893.

douteux, en permettant de comparer l'urine recueillie directement dans chaque bassinnet.

B) Uretère. — L'exploration de ce conduit est le plus souvent négative. Parfois, elle révèle une douleur à la pression ; rarement une augmentation de volume est sentie.

Elle reconnaît les mêmes difficultés dans son exécution que celles rencontrées dans la palpation du rein.

Lorsque la grossesse sera peu avancée on pourra la pratiquer suivant les principes de Hallé. Suivant ce dernier, on doit explorer l'uretère au niveau de sa pénétration dans l'excavation pelvienne et pour cela enfoncer les mains au niveau de l'entrecroisement de deux lignes, dont l'une réunit les deux épines iliaques et l'autre perpendiculaire à la précédente s'élève verticalement des épines du pubis aux côtes.

On devra également pratiquer le toucher vaginal ; c'est ainsi que dans l'obs. IX nous avons trouvé par ce procédé l'uretère droit dur et très augmenté de volume.

Les indications d'exploration par le toucher rectal sont plus rares.

Enfin si nous envisageons maintenant les *signes généraux*, nous voyons qu'ils se manifestent principalement au début de l'affection et qu'ils sont plus ou moins graves. Ils commencent souvent brusquement par des frissons violents, la peau est alternativement

chaude, sèche, puis en proie à une sudation abondante.

Fréquemment on note de la céphalalgie, des vomissements, de l'anorexie, une langue saburrale, une constipation prononcée ou une diarrhée intense avec état ataxo-adynamique plus ou moins accentué.

Au début ces signes peuvent ainsi en imposer pour une grippe à forme gastro-intestinale (Obs. XI) ou même pour une dothiéntenthérie (Obs. III et IX).

La fièvre est vive. La *température* peut atteindre 39°, 40° et même 41° (Obs. VII) ; rarement il y a plateau ; le plus souvent elle affecte les caractères de la fièvre hectique, présentant de grandes oscillations à maximum vespéral.

Cette fièvre ne manque, pour ainsi dire jamais ; elle peut durer quelques jours, très rarement plusieurs semaines. Lorsque l'affection se prolonge et prend une marche chronique, la température, en effet, ne s'élève guère au-dessus de 37°.

Parfois, à côté des accidents gastro-intestinaux intenses que nous avons signalés, il peut se produire des phénomènes de néphrite plus ou moins marqués, caractérisés par des œdèmes assez considérables, de l'ascite, de la congestion pulmonaire (Obs. XVI).

La pyélo-néphrite gravidique a une marche variable. Exceptionnellement elle peut affecter une allure suraiguë ; plus souvent c'est celle d'une maladie aiguë ou plutôt subaiguë. Dans le premier cas, ce

sont les phénomènes généraux qui ouvrent la scène à grands fracas ; dans les autres ils sont moins marqués ; ce sont plutôt les phénomènes locaux qui prédominent. Parfois, comme nous l'avons vu, ceux observés du côté du rein peuvent être plus ou moins masqués par des accidents vésicaux, lesquels peuvent en imposer pour une cystite.

Ces troubles locaux et généraux tantôt sont continus, tantôt sont intermittents. En général, ils ne durent pas plus que la cause qui leur a donné naissance. C'est ainsi, qu'après l'accouchement, la guérison survient rapidement ; parfois, pourtant, la tumeur peut persister, augmenter de volume et alors surviennent des troubles graves nécessitant une intervention chirurgicale. La plupart du temps la pyélo-néphrite gravidique se termine par résolution ; d'autres fois par suppuration, mais cela ne se passe guère ainsi que dans la pyélo-néphrite post-partum (Obs. XIX). Exceptionnellement enfin elle aboutit à la mort par cachexie (Halbertsma).

Notons, enfin, que des récidives peuvent s'observer au cours d'une même grossesse, alors que la malade semblait parfaitement guérie d'une première atteinte (Obs. III et IV). Elles peuvent également se répéter dans des grossesses consécutives. C'est ainsi que M. le Dr Vinay, de Lyon a observé chez une de ses malades, des accidents de pyélo-néphrite, pendant 3 grossesses consécutives. Cet auteur com-

pare cela à l'albuminurie récidivante des femmes enceintes, qu'il a décrite sous le nom de *rein gravidique à répétition* (1).

(1) Vinay. — Archives de tocologie. Décembre 1893.



PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Ainsi que nous venons de le voir, en étudiant la marche de la maladie, le pronostic de la pyélo-néphrite gravidique est, en général, bénin. Le plus souvent, en effet, l'affection se termine par résolution. Parfois, pourtant, la suppuration peut persister pendant des mois et, si une intervention chirurgicale n'est pas faite à temps, la fièvre et la cachexie peuvent enlever la malade. Le pronostic devra donc être réservé si les urines restent purulentes longtemps après l'accouchement ; il variera encore avec la distension plus ou moins rapide des conduits urinaires, suivant que la lésion est simple ou double et que la compression de l'uretère est plus ou moins complète.

Au point de vue obstétrical, le pronostic doit toujours être réservé ; parfois la grossesse continue malgré la gravité des accidents, mais souvent il y a accouchement prématuré. Pour la mère, celui-ci est une source de danger plus grande de septicémie, par l'adjonction de streptocoque puerpéral. Pour l'enfant, le pronostic sera d'autant moins favorable que la

grossesse sera moins avancée. Dans certains cas cet enfant ne présente rien de particulier ; dans d'autres (Obs. IX) il présente la maigreur des enfants d'albuminuriques.

En résumé, on peut dire que, d'une façon générale, le pronostic est d'autant moins sévère que la grossesse est plus près du terme, puisque : d'une part, la maladie cesse avec la disparition de la cause de compression, et que, d'autre part, pour l'enfant, les conditions de viabilité sont mieux réalisées.

Diagnostic. — Au début, celui-ci est souvent très délicat. Lorsque ce sont les phénomènes généraux qui ouvrent la scène à grand fracas, on peut croire à une *maladie infectieuse* (grippe, dothiéntérie, etc.) surtout si les phénomènes locaux sont peu marqués. Lorsque ce sont eux, au contraire, qui prédominent, ils peuvent également provoquer la confusion avec diverses affections : *appendicite* (parfois, en effet, on observe de la constipation, des vomissements en même temps que la douleur semble siéger plus spécialement dans la fosse iliaque droite), *colique hépatique* et surtout *néphrétique*, lorsque la douleur affecte le caractère intermittent. Vu, les caractères particuliers de ces maladies, l'hésitation ne sera pas de longue durée, mais il en est deux autres avec lesquelles, souvent, il n'en sera pas de même, ce sont la *périnéphrite* et la *cystite*.

Dans la *périnéphrite*, il y a, en effet, tuméfaction

de la région lombaire et albuminurie. Mais alors que dans cette affection, la tumeur est plutôt cantonnée à la région lombaire, dans la pyelo-néphrite, elle est plutôt ventrale, siège dans le flanc et se prolonge en avant vers l'ombilic. D'autre part, dans la périnéphrite, l'albuminurie n'arrive jamais d'emblée, les urines ne sont jamais purulentes primitivement.

Le diagnostic avec la *cystite* s'appuiera sur les caractères de la douleur, des mictions, de la pyurie et pourra s'aider de l'examen cystoscopique et du cathétérisme urétéral.

α. Douleur. — Dans la pyelo-néphrite, la vessie sera insensible à la pression hypogastrique, le cathétérisme sera possible, peu douloureux, une injection de 200 grammes de liquide ne donne ni douleur, ni envie impérieuse d'uriner, le toucher rectal ou vaginal n'est pas douloureux.

β. Mictions. — Leur degré de fréquence et leur rapport avec la douleur éprouvée, aideront à lever tous les doutes.

γ. Pyurie. — Dans la cystite, les urines, par le repos, laissent un dépôt purulent dans le fond du vase, mais le reste de l'urine est clair, tandis que dans la pyelo-néphrite, l'urine est d'apparence laiteuse. De plus, si l'on fait l'expérience des deux verres de Guyon, on voit que, dans la cystite, la pyurie se manifeste surtout au commencement ou à la fin de la

miction, alors qu'elle est continue pendant toute la durée de celle-ci dans la pyelo-néphrite.

δ. *Cystoscopie*. — Ce mode d'examen lèvera tous les doutes, s'il y a pyelo-néphrite sans cystite, en montrant l'intégrité des parois vésicales et en permettant de voir dans certains cas du pus s'écouler par l'orifice urétéral.

ε. *Cathétérisme urétéral*. — Par ce moyen, on pourra recueillir directement l'urine dans chaque bassin et voir si elle est ou non purulente. Il sera principalement utile dans les cas où la pyelo-néphrite ne se manifeste que par la présence du pus dans les urines et par une douleur localisée dans la région rénale droite ou gauche (Desnos). Il peut en effet arriver que la localisation de cette sensation douloureuse soit trompeuse et qu'elle ne soit accusée à gauche, par exemple, qu'en vertu d'une action réflexe, les lésions siégeant dans le rein droit : c'est le réflexe réno-rénal du professeur Guyon dont nous avons déjà parlé plus haut (1). La question de ce cathétérisme urétéral mérite toutefois des réserves que nous développerons plus loin, à propos du traitement.

On devra donc soupçonner la pyelo-néphrite, quand, au cours de sa grossesse, une femme se plaindra de douleurs vagues dans la région lombo-abdominale, s'irradiant dans le flanc jusqu'à l'aîne, avec troubles légers de la miction, alors même que le rein

(1) Desnos. Presse Méd. 1^{er} mars 1899, N° 17, p. 102,

n'est pas senti à la palpation. A plus forte raison, le diagnostic devra être posé, lorsque les signes de cystite seront peu ou pas accusés, que la quantité d'urine et d'albumine variera sensiblement d'un jour à l'autre, que par la palpation de la région lombo-abdominale (droite le plus souvent), on provoquera une douleur plus ou moins vive et qu'on percevra une augmentation de volume du rein, ou le ballottement de cet organe, en même temps qu'on aura des accidents fébriles ayant débuté brusquement, que la température se sera élevée rapidement.

Enfin, il sera intéressant d'établir le diagnostic étiologique, surtout au point de vue du traitement. On recherchera si l'infection s'est faite par voie ascendante ou par voie descendante. Rappelons qu'en présence d'une cystite concomitante, il ne faudra pas se hâter de croire à la propagation par voie ascendante, car l'urine purulente, venue des reins aura pu provoquer des infections vésicales. Inversement, on ne conclura pas à l'infection par voie sanguine, uniquement parce qu'il n'y aura pas de cystite. Celle-ci pourra fort bien avoir passé inaperçue et avoir disparu lorsqu'on examinera la malade. On recherchera par la palpation, s'il n'existe pas de *rein flottant*. Les commémoratifs permettront d'écarter ou non le *traumatisme*, la *lithiase rénale*, la *tuberculose*. Ces deux dernières affections pourront en outre être reconnues facilement, grâce à leurs caractères particuliers.

TRAITEMENT

Le traitement, en général, sera des plus simples. Bien souvent, en effet, pour amener la cessation des accidents, il suffira de soumettre la malade *au repos* dans le décubitus horizontal (la tête basse, le siège élevé) et au *régime lacté*. Celui-ci devra être plutôt mixte, surtout s'il n'existe pas de phénomènes de néphrite marqués. Au début, de grands bains pourront être recommandés. Les *antiseptiques*, à l'intérieur, seront peu efficaces ; on pourra toutefois ordonner du salol, du borate de soude etc. Les *balsamiques* devront être écartés ; ils sont plutôt nuisibles, en effet, parce qu'ils augmentent la congestion rénale. Des *révulsifs* locaux (ventouses, sinapismes) pourront être appliqués. Si les douleurs sont trop fortes, on donnera du chloral ou de la morphine.

Le lavage du rein, par les *eaux minérales* (Evian, Contrexeville, Vittel), donnera d'excellents résultats ; on pourra également remplacer celles-ci par l'eau distillée (1 à 4 litres par jour), surtout lorsque la pyurie sera de longue durée (Rovsing).

Enfin, les *lavages de la vessie*, seront aussi très efficaces à titre curatif ou préventif et devront être pratiqués qu'il y ait cystite ou non. On emploiera l'eau boriquée, le permanganate de potasse, ou le nitrate d'argent au 1/1000. Lorsque les accidents se prolongent, on peut avoir recours au procédé employé par MM. Albarran, Pasteau et d'Herbécourt, celui de la *distension momentanée de la vessie*, (obs. I, II, XXI). C'est ainsi que ces auteurs, injectent chaque jour, 180, 210, 220 et 300 gr. de liquide. Il est probable que la vessie ainsi distendue soulève l'utérus ; les rapports avec l'uretère étant ainsi changés, celui-ci est comprimé et l'évacuation des voies supérieures est ainsi rendue plus facile. Il faut toutefois employer cette réplétion de la vessie, en se rappelant que celle-ci doit être momentanée pour n'être pas dangereuse, et répétée pour pouvoir devenir réellement utile (1).

S'il existe un *rein mobile*, la position déclive du tronc (avec bandage de corps) suffira souvent à le maintenir en place, une fois qu'on lui aura fait réintégrer sa loge. Lorsque les accidents de pyelo-néphrite auront cessé, on conseillera le port d'une ceinture, ou s'il y a lieu, on recourra à la néphropexie.

Si malgré tous ces procédés, les urines restent purulentes et que l'affection ait tendance à la chronicité, on aura recours au *cathétérisme urétéral*.

(1) Pasteau et d'Herbécourt, ann. de gyn., août 1898.

Celui-ci en effet, grâce au cystoscope d'Albarran (1), est devenu aujourd'hui d'un usage pratique et courant; il a été employé une fois avec succès par cet auteur dans un cas de pyelo-néphrite gravidique, (obs. II). Le procédé opératoire, chez la femme enceinte ne comporte rien de spécial (Albarran). On devra toutefois redoubler de soins antiseptiques et aseptiques. Souvent, un seul lavage du bassinets suffit, d'autres fois, il faut le renouveler, soit par des cathétérismes répétés à intervalles convenables, soit en laissant une sonde à demeure. On emploiera, pour ce fait, l'eau boricuée, le permanganate de potasse ou le nitrate d'argent au 1/1000; les solutions devront être tièdes et injectées en très petite quantité. Toutefois, ce moyen de traitement devra être rejeté dans un certain nombre de circonstances :

1) Lorsqu'il existe de la fièvre ou qu'il se produit des poussées aiguës.

2) Lorsqu'il existe des lésions importantes de rétention rénale.

3) L'introduction d'une sonde dans un uretère présumé non infecté ne devra pas être faite s'il y a infection avérée, d'un autre organe de l'appareil urinaire.

Si pour ces raisons le cathétérisme urétéral ne

(1) Albarran, technique du cathét. cystoc. des uret., Rev. de gyn. et de chir. abd., mai juin, 1897, n° 3.

peut être fait ou si malgré son emploi, des accidents fébriles graves ou la suppuration persistent, la conduite à tenir différera suivant l'âge de la grossesse :

1° Si la femme n'est enceinte que de 5 ou 6 mois par exemple, plutôt que de pratiquer un avortement ou un accouchement prématuré donnant peu de chances de viabilité à l'enfant, il vaudra mieux recourir à la *néphrostomie* par la voie lombaire. Cette opération est en effet facile, rapide, peu dangereuse et donne de bons résultats. Dans trois de nos observations elle a été pratiquée deux fois avec succès ; il est vrai que c'était pour des accidents survenus après l'accouchement. Elle fut en tout cas employée une fois et avec succès par le Dr Guttierrez, de Madrid, dans une pyélonéphrite au cours de la grossesse (1). Le seul inconvénient est la persistance plus ou moins tenace d'une fistule ; on pourra en diminuer les chances de production en faisant un drainage urétéral suivant le procédé d'Albarran. Cet auteur, avant de commencer l'opération, conseille d'introduire, si possible, par cathétérisme, une sonde dans l'uretère ; les fausses routes sont fréquentes en effet lorsqu'on tente le drainage de haut en bas, par le rein, une fois que celui-ci est ouvert.

2° Si la malade a dépassé le 7^e mois de sa grossesse, la question de *l'accouchement provoqué* se pose.

(1) Guttierrez. Revista de Med. y Cirurg. practicas, 1898, n° .

Suivant M. le D^r Vinay, de Lyon, il faut temporiser le plus possible et n'intervenir que si la vie de la malade est réellement en danger. Il donne comme raisons, que les accidents, lorsqu'ils sont assez graves, sont capables à eux seuls de produire l'accouchement, et que, d'autre part, (si l'albumine est intense et l'œdème plus ou moins généralisé), l'irritation du col, par les instruments voulant provoquer l'accouchement, est capable de déterminer une attaque d'urémie.

Tout en acceptant ces idées, il nous semble devoir faire quelques réserves et admettre la provocation de l'accouchement lorsque les accidents sont de longue durée, que la pyurie et l'albuminurie sont intenses et que les phénomènes fébriles ne s'amendent pas.

Il ne nous semble pas devoir longuement discuter ici la *néphrectomie*. Cette opération ne nous paraît jamais devoir être tentée dans l'affection qui nous occupe. Elle est en effet dangereuse et prive l'organisme d'un organe sécréteur important. On n'y recourra que dans les cas exceptionnels, ou après néphrostomie, le pus continuera à se produire en abondance et que l'uretère sera définitivement oblitéré.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

Communiquée par M. le Docteur Albarran

Madame X..., 26 ans, primipare.

Etait enceinte de 4 mois et avait quelques pertes blanches lorsqu'elle commença à la fin du mois de juin 1897 à souffrir en urinant, se plaignant en même temps de douleur dans la région rénale droite.

Les urines examinées par le Docteur Savreux, de Montigny, contenaient une petite quantité d'albumine et du pus. La malade fut mise au régime lacté ; malgré cela les symptômes devinrent plus graves.

La fréquence des mictions s'accrut de plus en plus et chaque miction s'accompagna de douleurs assez vives. Aux douleurs rénales continues s'ajoutèrent des crises douloureuses présentant les caractères très nets de coliques néphrétiques ; ces crises extrêmement pénibles s'accompagnaient de vomissements répétés.

Dans le courant du mois de juillet les crises dou-

loureuses devinrent de plus en plus fréquentes, à ce point que la malade souffrait presque d'une manière continue et que l'état d'intolérance gastrique rendait presque impossible l'alimentation.

Je vis là malade le 23 juillet et je la trouvai dans un état de grande irritation nerveuse, privée de sommeil depuis plusieurs jours et souffrant très vivement dans le flanc droit. Depuis trois ou quatre jours il y avait de la fièvre et la température s'était élevée à 39°2.

A l'examen, je constatai que l'utérus avait un développement normal ; la marche régulière de la grossesse n'avait pas été influencée. Du côté de l'appareil urinaire je constatai : vessie peu sensible au contact, admettant facilement, sans douleur, 160 grammes de liquide ;

Rein gauche normal ;

Rein droit : malgré le développement du ventre, on constate que ce rein est un peu augmenté de volume ; on peut le faire balloter. La pression du rein est extrêmement pénible.

Urines louches, avec dépôt purulent. L'examen chimique révèle à peu près 50 centigr. d'albumine au litre. L'examen bactériologique montre une grande quantité de coli-bacilles. L'examen microscopique du pus et des cellules épithéliales de la couche superficielle de la vessie, pas de cylindres.

Diagnostic : Pyélo-néphrite droite avec peu ou pas de cystite.

Traitement : Régime lacté ; lavage de la vessie deux fois par jour avec distension du réservoir à l'eau boriquée. Tous les deux jours, lavage vésical au nitrate d'argent. Position élevée du siège, maintenue jour et

nuît. Une bouteille d'eau de Contrexeville le matin.

Amélioration rapide. Une quinzaine de jours après la malade peut se lever.

Je revois la malade le 23 octobre. Tout allait bien, il n'y avait plus de crises, ni de douleurs en urinant, mais les urines restaient troubles, infectées.

Accouchement normal, suites normales, dans les premiers jours du mois de novembre.

OBSERVATION II (inédite)

Communiquée par M. le D^r Albarran

Pyélo-néphrite gravidique avec légère rétention dans un rein mobile

Madame R..., 23 ans, primipare, enceinte de 5 mois 1/2.

Cette dame, sœur d'un de nos confrères, souffrait depuis plus d'un mois lorsque je l'ai vue en mai 1898. Elle se plaignait de douleurs sourdes du côté du flanc droit. Depuis une dizaine de jours, les douleurs étaient devenues plus vives, obligeant la malade à garder le lit, il était survenu de la fièvre et des vomissements qui se renouvelaient presque chaque fois qu'elle prenait un aliment quelconque. Je vis la malade en consultation avec les D^{rs} Varnier et Momy; nous constatâmes que l'utérus présentait un développement normal et qu'on entendait les bruits du

cœur du fœtus. Le rein du côté droit paraissait un peu augmenté de volume et anormalement mobile ; il était en outre très sensible à la pression. Le rein gauche ne pouvait être senti à l'exploration. Par le vagin on ne trouvait pas les uretères. La vessie avait une capacité de 220 gr. et n'était pas sensible au contact. Les urines étaient légèrement troubles et contenaient des traces d'albumine.

Le traitement institué consista à placer la malade le siège élevé, le ventre soutenu par un bandage de corps en flanelle ; à l'intérieur, une bouteille d'eau de Contrexeville dans la matinée. Localement, grands lavages boriqués de la vessie. Régime lacté.

Quelques jours après, je revis la malade dont les douleurs avaient diminué et qui supportait mieux le lait. Je fis alors le cathétérisme de l'uretère droit et je constatai qu'il y avait dans le bassinnet une petite rétention de 30 gr. d'urine légèrement trouble.

L'urine recueillie, ayant été égarée, l'examen n'en fut pas pratiqué. Je fis immédiatement un lavage du bassinnet avec de l'eau boriquée d'abord, puis avec du nitrate d'argent au 1/1000^e.

La malade continua à mieux aller et le cathétérisme urétéral ne fut pas renouvelé. On continua les lavages vésicaux. Quinze jours après le début du traitement, la malade ne souffrait plus et put partir pour la Russie.

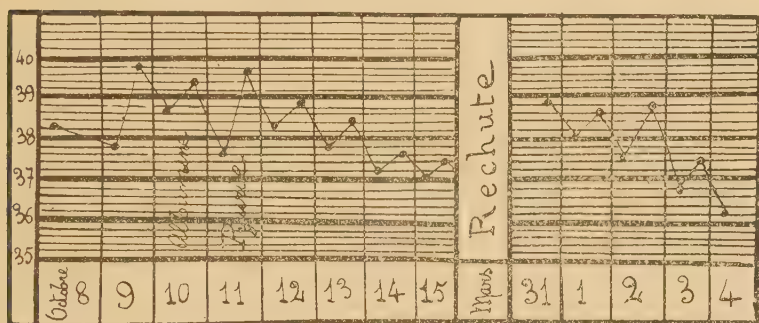
OBSERVATION III (inédite)

Communiquée par M. le D^r Gouilloud à M. le
D^r Vinay, de Lyon

M^{me} X..., 24 ans. Primipare. Grossesse de
2 mois 1/2.

Le 6 novembre, après s'être un peu surmenée à
l'occasion de la mort de sa mère, eut une impression
de froid très nette, en attendant un tramway.

Le lendemain et le surlendemain, frissons et
maux de reins.



Obs. II

Le 9, elle avait le soir 39° 9 de température, une
douleur vive dans le flanc droit et tous les malaises
habituels d'une fièvre intense. Les douleurs paraîs-
sent partir du rein droit. Celui-ci est prolabé. On le

prend facilement entre les deux mains, avec impression nette de ballottement rénal. Il est augmenté de volume et douloureux à la pression.

M^{me} X... ne sait si elle avait auparavant de la néphroptose. Elle a jadis souffert du flanc droit ; on avait accusé le foie, bien qu'elle n'eût pas d'ictère.

Le jour de mon premier examen, frisson de vingt minutes de durée suivi d'une forte sudation ; céphalalgie intense, courbature généralisée ; constipation. langue blanche. Aucun symptôme spécial de dothiénentérie, affection à laquelle on songe de suite.

Le 10. — Un peu d'albumine dans l'urine, examinée pour la première fois, et un assez fort dépôt de mucus. 38°8 et 39°2.

Le 11. — Nouvel accès de fièvre le soir. 37°4 et 39°6,

Le 12. — Dans le dépôt urinaire il y a de nombreux globules de pus et de nombreux bâtonnets ; quantité à peu près normale, réaction acide.

L'état général reste le même avec de la fièvre, céphalalgie, courbature. Le rein droit est gros, sensible, abaissé. On sent le rein gauche un peu prolabé, mais non douloureux.

Aucun symptôme abdominal.

Le 13. — Moins de fièvre, 37°6 et 38°3. Amélioration générale. Moins de sensibilité du flanc droit. Près de deux litres d'urine ; quelques faux besoins.

Les jours suivants l'amélioration s'accroît, la température revient normale ; les urines sont très abondantes et atteignent trois litres.

Le traitement a consisté à immobiliser la malade

au lit, à la soumettre au régime lacté et à l'eau d'Evian.

Le 15. — Il n'y a plus que trace d'albumine ; le rein droit n'est plus sensible et a beaucoup diminué de volume ; le gauche n'est plus perceptible.

Pendant plusieurs semaines, bien qu'il n'y ait plus d'albumine, l'urine reste louche et prend une odeur fermentée dès son émission ou très peu de temps après.

Le 31 mars, c'est-à-dire au septième mois de la grossesse, *rechute* ayant débuté à l'occasion d'une grippe ; frisson moins intense que celui de la première attaque. Flanc droit sensible, mais rein non perceptible. Urines un peu louches, abondantes (1 à 2 litres) ne renfermant pas d'albumine. Celle-ci, ainsi que le pus, ne se montrent que quelques jours après le 6 avril.

Cette rechute est de courte durée, et en 5 ou 6 jours la température de 38°8, tombe à la normale.

A la fin d'avril il n'y a plus d'albumine dans l'urine.

Le 24 mai. — Accouchement normal. Suites de couches apyrétiques. A peine Madame X... sent-elle son rein droit à 2 ou 3 reprises, d'une façon légère et passagère.

Le troisième jour après l'accouchement le rein est perçu sous les fausses côtes droites, mais il n'est ni gros, ni sensible à la pression.

Pas d'albumine, dans plusieurs examens ultérieurs, dans les mois qui ont suivi.

OBSERVATION IV (Inédite)

Obs. résumée, communiquée par M. le D^r Lepage

Pyélo-néphrite double au cours d'une première grossesse. — Accidents fébriles. — Provocation de l'accouchement à 7 mois $1/2$ environ. — Enfant vivant. — Cessation des accidents fébriles.

Madame X..., primipare, âgée de 22 ans, a eu ses dernières règles du 7 au 12 juin 1898.

Elle est prise fin octobre d'accidents gastro-intestinaux, puis bientôt de douleurs très violentes au niveau du rein gauche. On constate du pus et de l'albumine dans les urines. L'examen bactériologique révèle du coli-bacille. En même temps surviennent des accidents fébriles.

Régime lacté, révulsion locale.

Les accidents fébriles cessent pour reparaître en janvier, en même temps que des douleurs du côté du rein droit. En raison de la persistance des accidents fébriles et du mauvais état général de la femme, on décide d'interrompre la grossesse.

Le 12 février, expulsion provoquée d'un fœtus pesant 2.150 gr. et qui s'est bien développé. Les suites de couches ont été apyrétiques et la malade a pu commencer à s'alimenter et à sortir vers la fin de mars; les urines renfermaient encore un peu de pus et d'albumine.

OBSERVATION V

Due à M. le Dr Vinay, de Lyon. — Communication
au Congrès de Marseille 1898

Marie M..., 39 ans, 5^{me} grossesse.

Rien de spécial dans les antécédents personnels ou héréditaires. Les grossesses antérieures n'ont rien présenté de pathologique.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, le 9 mars 1897.

Elle est enceinte de 6 mois 1/2. Depuis 3 semaines environ, douleur dans le flanc droit, urines purulentes.

Mauvais état général, nausées, quelques vomissements, la température oscille entre 37,5 et 39,5.

Les urines retirées par la sonde sont troubles, leur réaction acide — au microscope, nombreux globules de pus, mais pas de cylindres.

La vessie peut contenir 2 à 300 gr. d'urine sans provoquer de besoin. Cet organe n'est pas douloureux à la pression ni à l'exploration interne.

29 Mai. — Accouchement à terme. Enfant pesant 4 kg. 150. Suites de couches physiologiques.

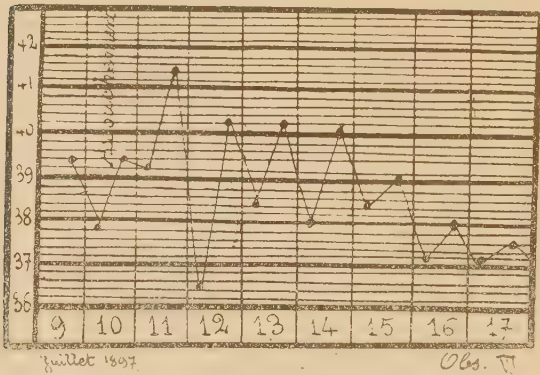
12 Juin. — La malade sort de la maternité. Elle allaite son enfant. Les urines ne contiennent ni pus, ni albumine.

OBSERVATION VI

Due à M. le D^r Vinay, de Lyon. Communication au
Congrès de Marseille, 1898

Françoise D..., 17 ans, primipare.

Bonne santé habituelle. Entre le 10 juillet 1897 à
la Maternité de l'Hôtel-Dieu.



Dernières règles au milieu de décembre 1897.

La grossesse a été bonne jusqu'au 8 juillet. En
se levant, la malade ressent de la faiblesse, des ver-

tiges, des frissons, quelques vomissements. Douleur vive et brusque dans le flanc droit et l'abdomen. Cet état persiste le 9, et dans la soirée les douleurs de l'accouchement se développent. 39°4 de température. Les urines retirées par la sonde sont troubles, contiennent du pus et de l'albumine, nombreux colibacilles. La vessie n'est pas douloureuse à la pression ni à l'exploration; elle a conservé sa capacité ordinaire. Douleurs très vives à droite, en arrière au niveau du rein et latéralement dans le flanc.

Accouchement prématuré le 10 juillet à 10 h. du matin.

Enfant pèse 2,200 gr. Température : 37°9 le matin, 39°4 le soir.

La fièvre persiste pendant cinq jours et présente de fortes oscillations.

A partir du 16, l'apyrexie devient complète.

Guérison.

OBSERVATION VII

Due à M. le Dr Vinay, de Lyon. Communication au Congrès de Marseille, 1898

Florence B..., 29 ans, secondipare.

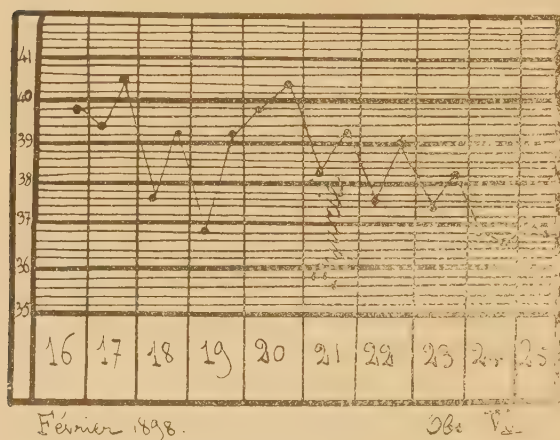
Entre le 16 février 1898, salle Sainte-Marie, lit n° 39.

Bonne santé habituelle. La première grossesse n'a rien présenté d'anormal.

Elle est à la fin du 5^e mois.

Le début des accidents a été brusque, il a eu lieu le 6 février par des douleurs vives dans le flanc droit, des frissons et un malaise général.

Au moment de l'entrée, on constate que la palpation de l'hypochondre droit est douloureuse. Le



ballotement rénal est obtenu, l'organe est augmenté de volume.

Les urines contiennent beaucoup d'albumine mais pas de pus ; celui-ci n'apparaît que le 21 février, au moment de la défervescence de la fièvre. La culture des urines indique la présence de streptocoques. Les douleurs lombaires sont très vives et l'état général mauvais. (Voir la courbe de la température rectale).

A partir du 23 février, la malade est complètement apyrétique. Les douleurs rénales vont en s'amendant. Le pus disparaît des urines et la malade quitte le service le 4 mars.

La grossesse continue.

OBSERVATION VIII

Due à M. le docteur Vinay, de Lyon (Communication au Congrès de Marseille 1898)

Anna M... 30 ans, quatrième grossesse.

Entre Salle Sainte-Marie n° 44, le 5 Avril 1898.

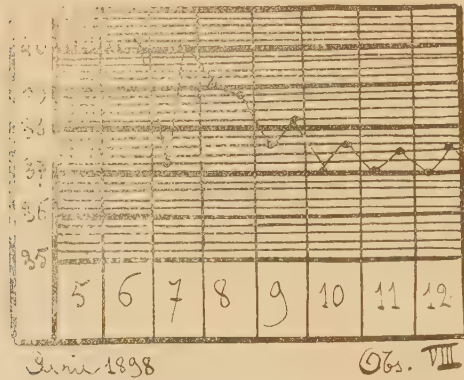
Les trois premières grossesses ont été bonnes.

Elle se trouve à la fin du 6^e mois de sa 4^e grossesse.

Le 2 Avril, la malade est prise, au milieu de la nuit de violentes douleurs dans le ventre et dans les reins; diffuses au début, elles se localisent dans le flanc droit. Diarrhée (4 à 5 selles en 24 heures). Soif vive. Anorexie, Temp. 40,2 persiste pendant 2 jours puis 37,2 le matin et 40 le soir, le 7 Avril et, ensuite la défervescence se fait par petites oscillations pour aboutir à l'apyrexie le 10.

L'exploration de la région rénale droite est difficile en raison des douleurs qu'elle provoque. Urines

troubles au moment de l'émission, acides, contiennent du pus. La vessie est indolore, elle a conservé sa capacité ordinaire ; les mictions ne sont pas fréquentes.



Amélioration rapide, si bien que le 10 Avril, l'apyrexie est complète.

L'examen bactériologique indique la présence de coli-bacilles dans les urines.

Accouchement spontané à terme, le 9 Juillet. Enfant pesant 4,100 gr. Suites de couches physiologiques. La mère nourrit. Les urines sont normales.

OBSERVATION IX (inédite et personnelle)

Jeanne S.... âgée de 19 ans, fleuriste.

A. H. — Parents morts tous deux d'affection pulmonaire, d'origine bacillaire, probablement ; le père à 34 ans, la mère à 30.

A. P. — Constitution un peu chétive ; mais bonne santé habituellement, si ce n'est une rougeole à l'âge de 2 ans et la scarlatine à l'âge de 3 ans. Réglée pour la première fois à 13 ans ; retards fréquents.

Primipare. Dernières règles : 25 au 28 avril 1898. Apparition des mouvements actifs le 5 octobre.

Entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, fin août 1898. Se plaint de douleurs dans le bas-ventre, avec prédominance à gauche ; pas de pertes sanguines ; urines normales. On croit à une menace d'avortement. La malade est mise au repos au lit et au régime lacté. Elle sort guérie au bout de douze jours.

Rentre de nouveau le 25 octobre 1898.

La malade se plaint de malaises depuis quinze jours. Elle a de l'anorexie et présente un état saburral assez prononcé. Vomissements alimentaires. Constipation. Douleurs abdominales généralisées avec prédominance dans la fosse iliaque droite.

À son entrée, la malade est très déprimée. La température axillaire est de 37° 6 le matin et de 38° 2 le soir. Le poulx est régulier, plein = 80. Les urines sont normales.

Weill

Les jours suivants (26 octobre au 1^{er} novembre), la température reste élevée et oscille entre 38 et 39° ; vu l'état de dépression, on pense à la dothiénentérie. Le séro-diagnostic est négatif.

Malgré un régime lacté absolu, les vomissements sont fréquents et se montrent principalement après l'ingestion de lait. La constipation reste opiniâtre, malgré des lavements répétés et deux purgations avec de la magnésie (1).

Le 30 octobre, les douleurs deviennent beaucoup plus vives, la température atteint 39° 5. Le 31, la douleur, qui est alors intense, se localise spécialement dans la fosse iliaque et la région lombaire droites. L'inspection et la palpation de ces régions ne donnent aucun résultat, si ce n'est une exaspération de la douleur.

Les urines, dès le 28, deviennent légèrement albumineuses ; le 30, elles sont très troubles. Aucun signe de cystite.

Du 1^{er} au 4 novembre la température subit de fortes oscillations ; elle descend au dessous de 37 le matin pour dépasser 39 le soir. La quantité d'urines varie de 1050 à 1500 grammes ; l'analyse faite le 4 novembre, par M. Petit, pharmacien du service, donne les renseignements suivants :

I. — Caractères généraux

Volume en 24 heures : 155 ctm. 3 ; Couleur jaune ambrée ; aspect trouble ; dépôt assez abondant ;

(1) L'auscultation des poumons révèle quelques râles de congestion aux deux bases ; pas d'expectoration.

sédiment amorphe ; densité à 15° = 1,09 ; réaction acide.

II. — *Éléments normaux (par litre)*

Urée : 6 gr. 305 ; acide urique 0 gr. 33 ; azote, total : 3 gr. 54, de l'urée : 2 gr. 93 ; chlorure de sodium : 5 gr. 85 ; sulfate de soude : 1 gr. 63 ; phosphates : 0 gr. 77 ; acidité (en acide phosphorique) 0 gr. 60.

III. — *Substances dissoutes (par litre)*

Matières fixes à 100° : 18 gr. 969 ; partie organique : 10 gr. 214 ; partie minérale : 8 gr. 755.

IV. — *Examen microscopique*

Nombreux cristaux d'indican : quelques cellules épithéliales et cristaux d'urates ; nombreux leucocytes.

V. — *Éléments anormaux*

Albumine : 0 gr. 67 par litre ; présence de pus, d'indican et d'oxalate de chaux.

VI. — *Conclusions*

Faible quantité d'éléments dissous ; présence de pus et d'albumine.

Le 5 novembre, la malade commence à avoir de fréquentes envies d'uriner et se plaint de douleurs à la fin de la miction ; la région hypogastrique est indolore à la pression.

M. le docteur Demelin, chef du service, prie alors M. le docteur Bazy de venir voir la malade. Celui-ci reconnaît que le rein droit est douloureux à la palpation ; il n'y a pas d'empâtement ; l'inspection ne révèle aucune rougeur ni aucun gonflement à ce niveau. Au palper, la fosse iliaque, ne présente rien d'anormal, si ce n'est une exagération de la douleur. Le toucher vaginal fait découvrir un fait intéressant : dans le cul de sac latéral droit, appliqué contre la paroi utérine, l'uretère distendu, a la grosseur d'un crayon. Il est très douloureux au toucher. On pose le diagnostic d'uretérite et de pyélo-néphrite droites.

La malade est mise au régime lacté absolu, sâlol, tisanes diurétiques. A partir de ce jour (5 novembre) elle est désormais apyrétique. L'état général va en s'amendant. Les douleurs en urinant disparaissent à partir du 11 novembre. Celles provoquées par la palpation du rein disparaissent à la même époque. L'uretère reste pourtant volumineux et douloureux au toucher vaginal ; il l'est encore le 19 novembre, jour de sortie de la malade. Les urines dont le taux n'est jamais descendu au dessous de 1,000 gr. sont encore légèrement purulentes. La malade, à sa sortie, se trouve aussi bien que possible.

Le 28 décembre 1898, Jeanne S..., est amenée à la salle de travail, à 11 h. 30 du soir, par une voiture des ambulances urbaines, Elle dit avoir des douleurs utérines depuis 7 h. du matin. Elle a perdu un peu

de sang dans la journée mais n'a pas constaté de perte des eaux.

La hauteur de l'utérus est de 24 c/m. L'âge de la grossesse paraît être de 7 mois environ, d'après la date des dernières règles. L'enfant se présente en OIGP, l'engagement est effectué, les bruits du cœur sont bons. La dilatation est complète, les membranes sont rompues. L'état général de la parturiente est bon, les urines sont normales.

L'accouchement se fait spontanément à minuit vingt. Garçon vivant, ne pesant que 1.200 gr. Délivrance naturelle et complète : Placenta très petit, pesant 200 gr. et présentant de nombreux foyers hémorrhagiques anciens, et trois ou quatre, plus récents.

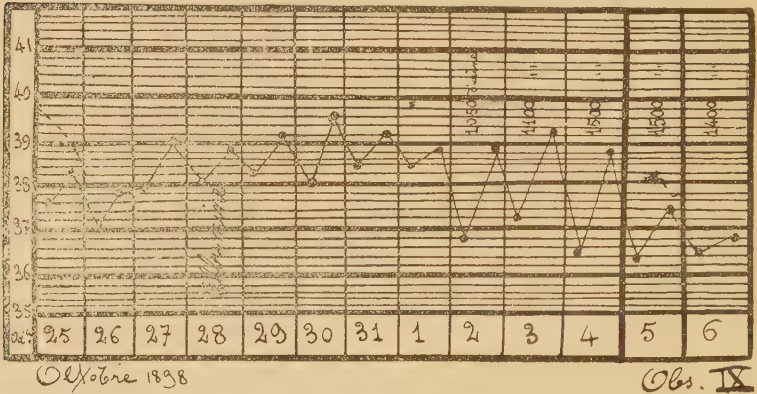
Suites de couches complètement apyrétiqes (1). Le lendemain de l'accouchement, l'utérus fortement incliné à droite ne peut être perçu au palper, sur la ligne médiane; il est rejeté complètement dans la fosse iliaque et le flanc droits.

Jusqu'au 3 janvier les urines sont normales, leur quantité dépasse 2 litres. Le 3, diarrhée prononcée, les urines commencent à se troubler. A partir de ce jour elles sont moins abondantes (1 litre 1/2) et deviennent très troubles.

L'analyse révèle la présence de traces d'albumine due à de nombreux globules de pus, de cellules épithéliales, de cristaux d'indican et d'acide urique; l'urée n'atteint que 14 gr. 90 et l'acide urique 0 gr. 33 par 24 heures (pour 950 ctm. 3 d'urine).

(1) Régime lacté absolu.

Le toucher vaginal révèle que l'uretère droit a toujours les dimensions d'un gros crayon ; il est indolore. Rien de particulier du côté de la vessie, ni des reins. L'état général est très satisfaisant. La malade



sort sur sa demande le 8 janvier 1899 et n'est jamais revenue.

L'enfant mis en couveuse est mort le 13 janvier.

OBSERVATION X

Publiée par le D^r Reblaub. Congrès de Chirurgie 1892

Domestique, âgée de 21 ans, 5^e mois de grossesse. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut

prise de légères douleurs en urinant, surtout à la fin de la miction. N'y prête d'abord aucune attention mais s'inquiète ces derniers jours en s'apercevant que ses urines sont troubles. Un médecin consulté diagnostique une cystite. A Necker, on ne constate pas trace de cystite, mais le rein droit est douloureux à la pression et légèrement augmenté de volume. Urines troubles ; peu de dépôt ; le trouble est dû à des cristaux de sels et à de nombreux coli-bacilles.

Dès le 2^e jour de son entrée à l'hôpital les urines étaient redevenues claires. Le volume du rein droit diminue, au point qu'on ne le sent plus par ballottement.

La malade sort au bout de 5 à 6 jours.

OBSERVATION XI

Publiée par le D^r Reblanb. Congrès de Chirurgie 1892

Madame X..., première grossesse, 5^e mois. Bonne constitution. Pas d'antécédents.

Prise brusquement le 5 février 1892, dans la soirée de courbatures, fièvre, diarrhée intense, 10 à 12 selles en quelques heures. On pense à une grippe gastro-intestinale. Le lendemain, mêmes phénomènes, plus une vive inflammation buccale. Urines rares, colorées, mais transparentes et sans dépôt.

Dans le courant de la journée, douleur très vive

dans la région rénale du côté droit. Le jour suivant les urines deviennent troubles.

12 février. — La fièvre cesse ainsi que la courbature générale. La douleur rénale droite persiste et les urines deviennent manifestement purulentes; elles fournissent déjà un dépôt trop abondant avec nombreux globules de pus et coli-bacilles en culture pure.

Plusieurs mois après, même état : Région rénale droite un peu sensible; rein non perçu à la palpation. Urines toujours très purulentes. Le rein gauche a toujours paru normal.

Tel est l'état de la malade au 8^e mois. Depuis, sans nouvelles.

OBSERVATION XII

Publiée par le D^r Reblaub. Congrès de Chirurgie
1892.

Femme âgée de 30 ans. Se présente à la consultation externe de la Clinique des maladies des voies urinaires de Necker, se disant atteinte de cystite.

6^{me} mois de grossesse.

Souffre depuis un mois de fréquentes envies d'uriner; urines troubles depuis la même époque.

A l'examen, urines purulentes mais la vessie n'est douloureuse, ni à la pression, ni au contact, ni à la distension. Capacité vésicale considérable. Mictions fréquentes, mais non douloureuses. Région

rénale gauche indolore à la pression. Volume du rein non perçu. Au contraire, la pression profonde exercée dans la région lombaire droite, éveillait de la douleur et révélait un rein augmenté de volume.

La malade ne reparut plus dans la suite. Le pus des urines contenait du coli-bacille à l'état de pureté.

OBSERVATION XIII

Néphrotomie pratiquée par le D^r Albarran
(Thèse de Bonneau)

M^{me} M..., âgée de 39 ans, de bonne santé habituelle, est accouchée au forceps, pour la 1^{re} fois, en juillet 1891. La grossesse n'avait présenté aucune particularité. Aussitôt après l'accouchement, urines troubles et douleurs dans la région rénale droite. Ces phénomènes persistent pendant 3 mois, s'accompagnant de fièvre et de décharges abondantes de pus dans les urines.

Malade dépérit de jour en jour, 39°2 le soir, rein droit très augmenté de volume, rein gauche sain, urines très purulentes. Aucun phénomène de cystite.

Néphrotomie pratiquée le 7 novembre 1891. Dès le lendemain, urines claires et plaie rénale droite donne issue à grande quantité d'urine pauvre en urée. Trois mois et demi après l'opération, fistule rénale fermée et guérison complète.

Examen des urines avant l'opération : Coli-bacille exclusivement.

OBSERVATION XIV

Néphrotomie, pratiquée par M. le Professeur Guyon

Femme de 38 ans. Sans antécédents. Bonne santé habituelle. Accouchée pour la 4^e fois le 10 novembre 1890.

A cette époque on aurait constaté à la Maternité une cystite dont la malade fait remonter le début vers le milieu de sa grossesse. Mais elle ajoute que déjà, lors de son accouchement, et pendant les derniers mois de sa grossesse, elle souffrait de la région lombaire droite.

Sort de la Maternité le 21 novembre, continue à garder le lit chez elle ; mais elle est obligée de revenir à l'hôpital, parce qu'elle a de la fièvre, des douleurs vives dans le rein droit et des urines extrêmement purulentes. Elle entre le 3 décembre 1890, dans le service de la Clinique des voies urinaires. On constate que les mictions sont fréquentes, mais non douloureuses, que la vessie n'est sensible ni au contact, ni à la pression, ni à la distension, et qu'elle peut contenir 300 gr. de liquide sans éveiller la sensation du besoin d'uriner.

Urines troubles, dépôt abondant de pus. Rein droit douloureux à la palpation, augmenté de volume, descendant jusqu'à trois travers de doigt de la crête iliaque et donnant une sensation de tension et de résistance. Exploration du rein gauche ne présente rien d'anormal.

Etat général médiocre. Fièvre vespérale, amaigrissement notable, inappétence complète. Néphrotomie pratiquée le 24 décembre 1890. Mort quatre jours après l'opération.

Autopsie : Intégrité absolue de la vessie. Les deux uretères et les bassinets dilatés considérablement, septiques à droite, complètement aseptique à gauche. Pyonéphrose droite. Hydronéphrose gauche, ayant passé inaperçue pendant la vie.

OBSERVATION XV

Publiée par M. le Dr Vinay, de Lyon, Bulletin
médical, 7 juin 1893

Femme de 26 ans, primipare, arrivée au 8^e mois de sa grossesse. La santé était restée bonne jusque-là, à part quelques nausées le matin.

Le 8 décembre, cette jeune femme s'exposa à un froid très vif et fit une longue marche à pied malgré le terme avancé de sa grossesse. Dès le soir, frisson violent suivi de trois autres dans le courant de la nuit ; fièvre dépassant 40°. Ni vomissements, ni diarrhée, ni céphalalgie.

Urines rares, troubles, contenant du pus en abondance, acides, ne présentant ni cylindres, ni globules rouges. Miction à peine douloureuse ; besoins peu fréquents.

En même temps, il se manifestait une douleur vive dans le flanc droit et dans la région rénale correspondante : douleur exaspérée par la pression et gênant les mouvements de la malade.

Dans la soirée du 11 décembre, il se produisit quelques douleurs utérines qui continuèrent dans la nuit : accouchement au forceps le lendemain matin à 7 heures, en raison de l'épuisement de la malade et de son état grave. L'enfant naît vivant : il pèse 2.700 grammes.

La fièvre et les douleurs persistent pendant plusieurs jours : le lendemain de l'accouchement, la température s'élevait encore à 40°1; mais dès le 15 décembre, le thermomètre s'abaissait à 37°4 et la convalescence fut rapide.

Les urines restèrent longtemps purulentes ; elles devinrent cependant plus abondantes et moins troubles, dès que la fièvre disparut. Ce n'est que le 27 décembre, c'est-à-dire quinze jours après l'accouchement, qu'elles furent normales et ne présentèrent aucune trace de pus.

L'enfant confié à une nourrice va très bien ; il est aujourd'hui bien portant.

OBSERVATION XVI

Publiée par M. le Dr Vinay, de Lyon. — Bulletin
médical, 7 juin 1893

Femme de 42 ans, enceinte pour la 6^{me} fois, arrivée au 7^e mois de sa grossesse, elle présenta de

l'œdème des malléoles, et progressivement une infiltration des membres inférieurs de la paroi abdominale et de l'ascite. Les urines étaient rares et fortement albumineuses.

14 Août. — Il se développe, dans le côté droit de l'abdomen une douleur assez vive, qui revenait par intervalles et fit croire à la malade qu'elle allait accoucher : cette douleur oblige la patiente à se coucher sur le côté gauche.

Les urines deviennent purulentes, sans qu'il existe de dysurie ou des épreintes pendant la miction; la pression au niveau de l'hypogastre ne provoque aucune sensation douloureuse.

3 Septembre. — Cette femme qui semblait avoir été jusque là apyrétique, est prise de frissons violents, la langue est sèche, la soif vive. Le ventre devient douloureux à la pression et l'état général grave semble nécessiter la provocation de l'accouchement.

Mais les douleurs se manifestent spontanément le 4 septembre à neuf heures du soir, et cette femme accouche à onze heures, d'un enfant avant terme qui fait quelques efforts d'inspiration et succombe rapidement.

La fièvre persista pendant les trois ou quatre jours du post-partum, puis elle disparut rapidement; les urines restèrent purulentes plus longtemps encore, mais peu à peu leur aspect devint moins trouble, la coloration plus limpide et le pus finit par disparaître.

OBSERVATION XVII

Publiée dans la thèse du D^r Navas, due au D^r Vinay

Femme, âgée de 35 ans, journalière, entrée le 14 décembre 1894, sortie le 5 mars, rentrée le 13 mai 1895.

Pas d'antécédents héréditaires. Rougeole dans l'enfance. Réglée à 13 ans, régulièrement. Mariée à 18 ans. Deux enfants dont un bien portant; l'autre mort à 3 ans, de tuberculose pulmonaire. Son mari meurt; elle se remarie, deux nouvelles grossesses, une à 26 ans, enfant mort de diphtérie à 5 ans; l'autre à 35 ans.

C'est pour celle-là qu'elle entre. La malade fait remonter le début de la grossesse à 7 mois. La maladie actuelle date de onze jours. C'est le 3 décembre, qu'elle fut prise de malaise, frisson, fièvre assez intense; souffre dans la région lombaire droite et dans la partie droite de tout l'abdomen.

Examen. — Utérus arrive à l'ombilic. Bruits du cœur fœtal à gauche. Palpation douloureuse dans toute la région sous-ombilicale droite. Mais le maximum siège en arrière, au niveau de la partie moyenne de la crête iliaque. Point inguinal marqué. Un peu de parésie cuisse droite. Pas de fièvre. Pas d'état général. Pas d'écoulement leucorrhéique. Urines troubles au moment de l'émission, globules de pus en quantité.

27 janvier. — Urines très purulentes. Teinte

anémique. Gl. 1.740.000. Etat général reste néanmoins assez bon. Accouchement le 7 mars. Gros enfant vivant qui meurt le 8 avril. La mère ne nourrit pas. Tumeur décroît progressivement.

13 mai. — La malade entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu. Douleur persiste dans le flanc, mais pas de tumeur. Pas de pus dans les urines. Pas d'état général. Le teint est redevenu coloré. Guérie après quelques jours.

OBSERVATION XVIII

Publiée dans la thèse du D^r Navas. Due au D^r Bouveret

L... Marie, entrée le 27 juin 1896. Aurait probablement subi des manœuvres abortives. Bonne santé habituelle. Six grossesses, un enfant mort en bas-âge ; cinq vivants et bien portants. Menstruation régulière. Pertes blanches depuis deux ans environ. Douleurs fréquentes dans le ventre depuis 6 mois, mais peu vives. Le 25 juin, douleurs plus intenses. Leucorrhée augmente et devient fétide. Vomissements dans la journée et le lendemain.

La malade est obligée de s'aliter. Température, 37° 4. Constipation opiniâtre. Pas de vomissements. Culs-de-sac latéraux douloureux, surtout le gauche. Urines prises dans la vessie très troubles et très purulentes. Herpès labial. Obnubilation intellectuelle. Mort le 2 juillet.

Autopsie ; 30 heures après la mort.

1° Vessie. — Liquide très trouble, muqueuse congestionnée, parsemée de points ecchysidiques.

2° Uretères. — Congestion ; dilatation ; semis de points hémorrhagiques ; véritable piqueté.

3° Reins. — Les 2 reins sont gros et mous.

Utérus, vagin, annexes. — Ramollissement sensible. Abscès multiples. Veine utéro-ovarienne gauche oblitérée dans sa moitié inférieure par un caillot diffus probablement ancien.

OBSERVATION XIX

Publiée dans la thèse du D^r Navas. — Néphrotomie
du D^r Poncet

B..., Joséphine, 27 ans. Entrée le 14 décembre 1895 à l'Hôtel-Dieu. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. Mariée à 24 ans.

Premier accouchement neuf mois après et normal. Le deuxième accouchement a lieu le 6 novembre 1895. La malade se lève le 6^e jour. Pendant le dernier mois de sa grossesse, la malade avait éprouvé de violentes douleurs dans le côté droit, au niveau du rein. Urines ne contenant ni pus, ni albumine.

Sept ou huit jours après accouchement, urines troubles, et le 21 novembre, les douleurs s'exagèrent au niveau du rein droit. La malade a des frissons

intenses et répétés. La douleur persiste, elle entre à l'hôpital. (15 décembre). Tous les signes d'une pyélonéphrite sont trouvés à l'examen. La tumeur est volumineuse. Partie du niveau du rein en arrière, elle arrive jusqu'à l'ombilic en avant. Le volume est celui d'une grosse tête d'adulte. Les urines recueillies dans un vase sont excessivement troubles et donnent un dépôt abondant. Constipation opiniâtre. Pas de fièvre.

17 décembre. — Néphrotomie. Sortie le 15 janvier. Persistance d'une fistule qui se tarit peu après.

OBSERVATION XX

Publiée par M. le Dr Bué. L'Obstétrique, mai 1896.

Femme âgée de 20 ans. Constitution délicate. Pas d'antécédent personnel.

Père brightique depuis 8 ans. Réglée régulièrement depuis 15 ans. Les dernières règles datent du commencement de mars 1895. Début de la grossesse pénible. Vomissements pendant 3 mois. L'état général se maintient satisfaisant. En septembre, est prise de douleurs vives dans la région lombaire et la paroi abdominale, principalement du côté droit. L'examen des urines révèle 0 gr. 50 centigr. d'albumine par litre. Régime lacté. Pas d'amélioration.

Examen de la malade fin septembre 1895 :

Weill

Inclinaison exagérée de l'utérus, du côté droit. OIG très mobile. Bruit du cœur bons.

Bassin normal. Utérus de 7 mois environ.

La pression au niveau du rein droit provoque une douleur vive ; empâtement assez marqué. Signes de névralgie lombo-abdominale. A plusieurs reprises poussées fébriles. La malade dit s'être refroidie à la sortie d'un bain. Régime lacté. Ventouses sur la région lombaire. Chloral pour l'insomnie, névralgie lombo-abdominale de céphalalgie. Amélioration 2 ou 3 jours après.

10 octobre. — Nouvelle poussée. Les urines présentent de l'albumine, des leucocytes, des globules rouges et des cylindres. Empâtement plus marqué et matité très étendue de la région lombaire droite. Fièvre. Douleur spontanée s'irradiant le long de l'uretère jusqu'à la vessie et presque dans le pli de l'aîne.

Décubitus latéral droit impossible.

Même traitement. Amélioration notable.

15 novembre. — Les urines contiennent de l'albumine en faible quantité et des globules rouges.

14 décembre. — Accouchement. Expulsion très longue. Forceps au détroit inférieur. Enfant vivant pesant 4000. gram. Délivrance normale. Température 39°.

15 décembre. — Température 37°.

16 décembre. — Température 39° ; 110 de pouls. Région utérine indolore. Région indolore très douloureuse.

17 décembre. — 39°3 matin et soir. Pression de

la vessie douloureuse. Cathéterisme amène du pus à la fin de la miction. Lavages vésicaux boriqués.

18 décembre. — Etat stationnaire.

19 décembre. 40°6. Frisson violent. Corne utérine droite très douloureuse à la pression.

20 décembre. — 40°2. Currettage. Pansement utérin et vaginal à la gaze iodoformée. L'examen bactériologique des sécrétions utérines révèle des streptocoques. Injection de sérum de Marmoreck, 10 centim. cubes le 20 à 6 h. du soir, 39°3.

21 décembre. — 38°7 le matin, 39°6 le soir.

Pansement renouvelé.

Nouvelle injection de 10 centimètres cubes.

La douleur utérine a disparu.

22 décembre. — Etat général meilleur. Pouls 90. 38,5 matin et 39 soir.

23 décembre. — 37° de température, troisième injection de 10 centim. cubes de sérum.

La convalescence s'établit d'une façon continue. Plus de fièvre. Involution utérine normale.

27 décembre. — Gaze remplacée par un drain de Bonnaire, avec irrigations vaginales. Le drain tombe au bout de 6 jours.

Le pus disparaît de la cavité vésicale. Traces d'albuminé.

11 janvier. — Lever de la malade. Fin du régime lacté. Rein redevenu tout à fait indolore.

OBSERVATION XXI

Publiée par MM. Pasteau et d'Herbécourt. Annales de Gynécologie, 1898.

28 ans. Primipare. Grossesse vers quatrième mois.

Accidents graves causés par de la cystite compliquée d'infection rénale (mictions fréquentes, douloureuses, vessie douloureuse à la palpation, au contact, à la distension ; tuméfaction douloureuse au niveau du rein droit, émission d'urines troubles déposant par le repos une quantité considérable de pus). On commença par traiter la cystite par des lavages avec des solutions boricuées et au nitrate d'argent à 1/1000. Cela donna de bons résultats. Toutefois, comme les accidents se prolongeaient, probablement parce que le rein ne se vidait pas et que, par suite, il se produisait des accidents de rétention, on eut recours à un procédé nouveau qui se montra efficace : distension *momentanée* de la vessie chaque jour (180 gr., 210, 220 et 300 gr. de liquide). Sans doute la vessie ainsi distendue, soulevait l'utérus, changeait ses rapports avec l'uretère et soustrayant celui-ci aux phénomènes de compression, rendait plus facile l'évacuation des voies supérieures.



CONCLUSIONS

I. — L'étude de la pyelo-néphrité, envisagée dans ses rapports avec la grossesse, n'a s'appuyée jusqu'ici, que sur un petit nombre d'observations. Cela nous semble tenir, non à la rareté de l'affection, mais à sa confusion facile avec d'autres maladies présentant une certaine communauté de symptômes, notamment avec la cystite.

II. — Sur 21 observations que nous avons recueillies, nous avons vu les accidents débiter 4 fois dans la première moitié de la grossesse, 13 fois dans la seconde moitié, 1 fois à la suite de manœuvres abortives, 3 fois après l'accouchement (dans 2 de ces dernières, l'appareil urinaire n'aurait pas été absolument indemne au cours de la grossesse).

III. — En général, les lésions sont unilatérales et siègent à droite. Une seule fois, nous les avons vues être doubles et débiter à gauche (Obs. IV). Cette prédominance à droite tiendra soit, le plus souvent, au mode d'évolution de l'utérus, soit à la vulnérabilité plus grande des organes urinaires de ce côté.

IV. — L'infection peut se faire par trois voies : ascendante, sanguine et lymphatique. La seconde est la plus fréquente. L'agent pathogène ordinaire semble être le coli-bacille ; le streptocoque a été signalé une fois. La virulence du microorganisme infectant peut être exaltée par un certain nombre de conditions (surmenage, refroidissement, troubles gastro-intestinaux) ; son action plus ou moins noscive sera due à des causes prédisposantes qui font du rein un *locus minoris resistentiæ* (rétention due à la compression des uretères par l'utérus gravide, congestion des organes génito-urinaires pendant la grossesse, traumatisme).

V. — Le diagnostic sera souvent délicat ; confusion fréquente avec la cystite.

VI. — Le pronostic est bénin ; il est d'autant plus favorable, pour la mère comme pour l'enfant, que la grossesse est plus près du terme. C'est ainsi que sur 21 observations, nous avons 19 cas à terminaison favorable (bien que dans deux il y ait eu récédive au cours de la même grossesse) : 14 ont cédé au traitement médical (11 fois la grossesse a continué) ; 1 à la distension vésicale (la grossesse a continué) ; 1 au cathétérisme urétéral (grossesse non interrompue) ; 2 au traitement chirurgical (*post-partum*) ; 1 à l'accouchement provoqué.

A côté de ces 19 cas à terminaison heureuse,

nous constatons deux morts : l'une après néphrotomie l'autre à la suite de manœuvres abortives.

VII. — Le traitement est des plus simples, le plus souvent.

Il consistera en : repos horizontal (siège élevé), régime lacté, eaux minérales, lavages et distension de la vessie. Si la suppuration se prolonge et qu'il n'y ait plus d'accidents fébriles on pratiquera le cathétérisme urétéral. Si, malgré ce traitement, des accidents graves persistent et mettent la vie de la femme en danger, on aura recours à la néphrotomie (si la grossesse est peu avancée) ou à l'accouchement provoqué (si la parturiente est au 7^e mois).

Vu

Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu . le Doyen,
A. BROUARDEL.

Vu et Permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Thèse de Paris, 1889.

— Technique du cathétérisme cystoscopique des uretères. — Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, n° 3, mai, juin 1897.

— Assoc. franç. d'urologie, 1898. Communication sur les résultats donnés par le cathétérisme urétéral.

— Traité de Chirurgie (Le Dentu et Delbet). Maladies des reins et de l'uretère. T. VIII (en préparation).

Arnould. — Contribution à l'étude de l'hydro-néphrose. Thèse de Paris, 1891.

Artaud. — Néphrite déterminée par la compression des uretères dans le cours du cancer de l'utérus. Revue de médecine, 1883.

Biedel et Kraus. — Arch. für experim. patholog., 5 déc. 1895.

Bonneau. — De la compression des uretères par l'utérus gravide et des pyonéphroses consécutives. Thèse de Paris, 1893.

Bouffe de Saint-Blaise. — Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale. Thèse de Paris, 1891.

Braux. — Eclampsie par étranglement des uretères (Allgem. med. Wiener Zeitung, 1882, n° 21).

Bué. — Pyélo-néphrite gradivique. Infection puerpérale, curettage et sérothérapie. Obstétrique, n° du 15 mai 1895, p. 218.

Chamberlain. — The relat of the urinary organs to puerperal diseases Americ. Journ. of Obstetr., 1877, p. 177.

Charcot et Gombault. — Leçon sur les cirrhoses expérimentales (Paris 1878).

Cornil et Brault. — Pathologie du rein (Paris 1884).

Cruveilhier. — Traité d'anatomie descriptive. T. II, p. 337.

Desnos. — Indications du Cathét. des uret. Pres. méd., n° 17, 1^{er} mars 1899.

Felsenreich. — Wiener medizinische Bløetter, 1883, n°s 29 et 30.

Guy. — Thèse de Paris, 1897.

Guyon — Ann. génit. urin., 1888, p. 513.

Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1885.

— *et Albarran.* — Etude sur la rétention d'urine expérimentale. Archives de Méd. expér., 1890.

Guyon et Albarran. — Assoc. franç. d'Urologie, 1897.

Halbertsma. — Sammlung Klinischer Vorträge, 1882, n° 212.

— Congrès de Copenhague, 1884.

— Centralblatt für gynækologie, 1884.

Hallé. — Uretérites et Pyélites. Thèse de Paris, 1887.

Kruse. — Ueber pyelonephretis in der Schwangerschaft Inaug. Dissert. Würzburg, 1889.

Labadie-Lagrave et Leguen. — Traité de Gynécologie, 1898.

Le Dentu. — Affections chirurgicales des reins et des uretères. Paris, 1889.

Leyden. — Deutsche medizinische Wochenschrift, 1886.

Littmann. — Deutsche Archiv. für Klin. Med. 1894, p. 322.

Marfan. — Eclampsie puerpérale, mort et autopsie. Bulletin de la Soc. anat., 1884.

Mayor. — Lésions rénales chez les femmes en couches. Thèse de Paris, 1880.

Navas. — Pyélonéphritiques gravidiques. Thèse de Lyon, 1897.

Olshausen. — Sammlung Klinischer Vorträge, 1892.

Pasteau et d'Herbécourt. — Annales de Gynécologie, août 1898.

Rayer. — Maladie des reins. T. II, p. 195, Paris, 1841.

Reblaub. — Congrès de Chirurgie, 20 avril 1892.

Regnard. — De l'influence de la compression de l'uretère sur la sécrétion rénale. Société biologique, 1877.

Ricard. — Etude sur les rapports des uretères au point de vue de l'hystérectomie vaginale. Semaine médicale, 1887.

Ries. — Schwangerschaftswiere. Thèse de Strasbourg, 1888.

Roberts. — British med. Journ. Vol. II, 1881 p. 623.

Robin. — Leçons de clinique médicale, p. 347. Paris, 1887.

Rosenstein. — Traité des maladies des reins, p. 426, trad. franc. Paris, 1874.

Rovsing. — Ann. des malad. des org. génit. urin. 1897, p. 910.

— Etudes clin. et expér. sur affect. infect. des voies urin. — Notes sur études d'Albarran et Hallé. Ann. des malad. des org. génit. urin. Février-mars-avril, 1898.

Straus et Germont. — Ligature aseptique de l'uretère chez le cobaye. Arch. de physiologie, 1882.

Terrier et Baudouin. — Hydronéphrose intermittente. Rev. de Chirurgie, 1891.

Ultzmann. — Trad. in Progrès Médical. Paris, 1884, p. 85 et 845. — La pyurie et son traitement.

Vinay. — Pyélites de la grossesse. Bullet. méd. 1893.

— Maladies de la grossesse, 1894.

— Congrès d'Obstétrique de Marseille d'octobre 1898. Bull. méd. n° 89, 6 novembre 1898.

Zemblinoff. — Thèse de Saint-Pétersbourg, 1883 (in Revue de Hayem, 1884. p. 589).

